

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики»

На правах рукописи

Бардина Светлана Михайловна

**Междисциплинарность как методологическая особенность
«философии психиатрии»**

09.00.01 – Онтология и теория познания

Диссертация на соискание ученой степени кандидата философских наук

Научный руководитель -
доктор философских наук, профессор
Порус Владимир Натанович

Москва – 2014 год

Содержание

Введение	4
Глава 1. Основные модели взаимодействия философии и психиатрии	20
1.1 Философия и психиатрия до XX века: отдельные случаи взаимодействия	20
1.2 Экзистенциально-феноменологическая психиатрия	31
1.3 Современная «философия психиатрии»: предпосылки и развитие	44
1.3.1 Предпосылки возрождения «философии психиатрии»	44
1.3.2. Зарождение «философии психиатрии» в 1980-х и 1990-х годах	51
1.4 Основные направления «философии психиатрии»	54
Глава 2. Междисциплинарность современной «философии психиатрии»	66
2.1 Междисциплинарность: основные определения, типологии и проблемы	67
2.1.1 Широкое и узкое значение понятия «междисциплинарность». Типологии междисциплинарности	69
2.1.2 Метафоры междисциплинарности	74
2.1.3 «Междисциплинарность» конкретных исследований: критерии и проблемы	79
2.2 Междисциплинарность современной «философии психиатрии»: перспектива исследования	82
Глава 3. Методы воздействия философии на психиатрию	87
3.1 Анализ бредового дискурса	88
3.2 Анализ расстройств телесного воплощения: расстройств пищевого поведения и телесного дисморфического расстройства	103
3.3 Механизмы воздействия философского анализа на психиатрию	117

Глава 4. Влияние исследований психопатологии на философию	125
4.1 Диссоциативное расстройство идентичности: вопрос о природе личности	127
4.2 Концептуализация шизофрении: проблема уровней Я (self).....	145
4.3 Исследования психопатологии: механизмы воздействия на философские дискуссии.....	161
Заключение	167
Библиография	170

Введение

Актуальность темы исследования

Несмотря на то, что «философия психиатрии» как сформировавшееся научное направление – явление последних трех десятилетий¹, взаимный интерес философии и психиатрии характерен не только для современности. За интересом философов к проблематике психической болезни, а психиатров – к философским вопросам стоят глубокие причины, значимые как для тех, так и для других. В качестве одной из фундаментальных причин этого интереса можно указать то, что исследование психической болезни изменяет базовые представления о человеческой природе. Попытки философского анализа опыта сумасшествия могут быть движимы ощущением, что в безумии «открываются глубинные истины о человеке, те дремлющие формы, в которых рождается то, из чего и складывается человек»²; иными словами, изучение психической болезни может дать знание, важное для понимания сущности человека. Помимо этого, обращение к материалу, который предоставляют исследования психопатологии, – крайне проблемной и сложной для рационального осмысления сферы, – позволяет поставить вопрос о пределах тех или иных философских концепций. С другой стороны, интерес психиатров к философской проблематике также весьма велик: в ходе непосредственной работы с психически больными поднимаются вопросы, которые нуждаются в философском осмыслении или переосмыслении медицинского опыта.

Обращение философии к феномену психической болезни – предприятие, проблематичное по самому замыслу. С одной стороны,

¹ Термин «философия психиатрии» будет использоваться в данной работе для обозначения данного круга исследований, а не широкого поля проектов философского рассмотрения психической болезни.

² Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997. С. 506.

философская работа осуществляется концептуально, внутри и в рамках интеллектуальной традиции; с другой стороны, «философия психиатрии», оставаясь философией, тем не менее, имеет дело с клиническим материалом³. Современные исследования в области «философии психиатрии» позиционируют в качестве основного методологического принципа междисциплинарность; предполагается, что получаемое знание находится на границе дисциплин. Установка на междисциплинарность декларируется в различных книгах⁴ и статьях⁵, освещающих основные положения данной сферы. Тем не менее, вопрос, как именно должен действовать этот принцип в конкретных исследованиях, чтобы совмещение концептуального и практического уровня стало возможным, не проясняется самими участниками дискуссий о «философии психиатрии».

Между тем, раскрытие этого тезиса представляется очень важным. Во-первых, междисциплинарность как одна из новых форм организации знания в современной науке, – в принципе сложное понятие, которое требует дополнительной рефлексии⁶. Во-вторых, прояснение понятия междисциплинарности особенно важно для понимания специфики современной «философии психиатрии», а также для оценки перспектив исследований в этой области. Если «философия психиатрии» действительно предполагает такие формы взаимодействия, в рамках

³ Fulford K.W.M., Morris K.J., Sadler J.Z., et al. Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychiatry // *Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry*. Ed. by K.W.M. Fulford, K. J. Morris, J. Z. Sadler et al. Oxford, New York: Oxford University Press, 2003. P. 1-41. P. 14.

⁴ Fulford B., Thornton T., Graham G. *Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2006; *The philosophy of psychiatry. A companion* / Ed. by J. Radden. Oxford, New York: Oxford University Press, 2004.

⁵ Banner N., Thornton T. The new philosophy of psychiatry: its (recent) past, present and future: a review of the Oxford University Press series *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry* // *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2007. No. 2 (1). P. 9-23.

⁶ См., напр., Hoffmann M. H. G., Schmidt J. C., Nersessian N. J. *Philosophy of and as Interdisciplinarity* // *Synthese*. 2013. Vol. 190. No. 11. P. 1857-1864. P. 1857; Порус В. Н. «Междисциплинарность» как тема философии науки // *Эпистемология и философия науки*. 2013. № 4. С. 5-13. С. 6.

которых философия и психиатрия способны влиять друг на друга и переопределять сферу исследования психической болезни, то эта область предоставляет поле для продуктивной работы. Результатами такой работы может стать создание инструментария для объяснения смыслов в сфере психической болезни и исследования оснований психиатрической науки.

Таким образом, анализ междисциплинарности как основного методологического принципа современной «философии психиатрии» актуален сразу по двум причинам. Во-первых, междисциплинарная форма организации знания в философских исследованиях психопатологии – относительно недавнее явление. Поэтому эпистемологические возможности, которые предоставляет междисциплинарная форма организации знания для решения теоретических вопросов при обращении к сфере психической болезни, требуют осмысления. Во-вторых, такой анализ позволяет показать на конкретном материале, как может осуществляться взаимодействие двух научных дисциплин, что может быть полезно для прояснения феномена междисциплинарности.

Степень научной разработанности проблемы

«Философия психиатрии» – новая, но в то же время бурно развивающаяся исследовательская область. Немалое число работ посвящено ее проблемам, однако стоит помнить, что данная сфера исследований сейчас находится в стадии формирования, и зачастую автор, который берется описать проект «философии психиатрии» или хотя бы составить хрестоматию значимых текстов, подчеркивает особую роль той проблематики, которой посвящены его собственные исследования. Что касается анализа специфики «философии

психиатрии» как междисциплинарной области, то эта сторона вопроса освещена слабо. Вопрос о междисциплинарных взаимодействиях затрагивается во многих работах, однако чаще всего не в качестве основной тематики.

Очень хорошо освещается в научной литературе взаимодействие философии и психиатрии в первой половине XX века. Прежде всего, отметим тексты, посвященные двум наиболее масштабным проектам построения философской теории психической болезни в начале XX века – феноменологической психиатрии и экзистенциальному анализу. Среди этих работ стоит особо выделить следующие: «Феноменология в психологии и психиатрии» Г. Шпигельберга⁷, «Феноменология и психиатрия» под редакцией А. Конинга и Ф. Дженнер⁸, а также отдельные статьи Бэрриоса, Тэйлора, Оуэна⁹. Из отечественных работ стоит назвать, в первую очередь, те, в которых подробно освещаются проекты философского осмысления психической болезни первой половины XX века – «От Фрейда к Хайдеггеру» А. М. Руткевича¹⁰ и «Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ» О. А. Власовой¹¹. Также в отечественной литературе анализируются

⁷ Spiegelberg H. *Phenomenology in Psychology and Psychiatry. A Historical Introduction*. Evanston: Northwestern University Press, 1972.

⁸ *Phenomenology and psychiatry* / Ed. by A. J. J. de Koning, F. A. Jenner. London: Academic Press; New York: Grune & Stratton, 1982.

⁹ Berrios G. E. *Phenomenology and psychopathology: Was there ever a relationship?* // *Comprehensive Psychiatry*. 1993. Vol. 34. No. 4. P. 213-220; Owen G., Harland R. *Editor's Introduction: Theme Issue on Phenomenology and Psychiatry for the 21st Century. Taking Phenomenology Seriously* // *Schizophrenia Bulletin*. 2006. Vol. 33. No. 1. P. 105-107; Taylor F. K. *The Role of Phenomenology in Psychiatry* // *The British Journal of Psychiatry*. 1967. Vol. 113. No. 500. P. 765-770.

¹⁰ Руткевич А.М. *От Фрейда к Хайдеггеру*. М.: Политиздат, 1985.

¹¹ Власова О.А. *Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ. История, мыслители, проблемы*. М.: Издательский дом «Территория будущего», 2010.

философские основания психопатологических проектов отдельных фигур, в частности, К. Ясперса¹² и Р. Д. Лэйнга¹³.

Что касается современной «философии психиатрии», то эта область также достаточно хорошо освещена. Прежде всего, отметим несколько текстов, которые претендуют на полное описание основных направлений «философии психиатрии», а также служат своего рода введением в эту сферу. Среди таких текстов выделим следующие: «Оксфордское руководство по «философии и психиатрии»¹⁴ Б. Фулфорда, Т. Торнтон и Дж. Грэхема, «Философия психиатрии»¹⁵ Дж. Радден, «Больное сознание: введение в философию сознания и психической болезни»¹⁶ Дж. Грэхема, «Главное о философии психиатрии»¹⁷ Т. Торнтон, «Природа и повествование: введение в новую философию психиатрии»¹⁸ под редакцией Б. Фулфорда, Дж. Садлера, К. Моррис и Дж. Стангеллини.

Кроме работ, целью которых является попытка охватить всю область «философии психиатрии» или, по крайней мере, ее ключевые моменты, имеется обширная литература, посвященная отдельным разделам и проблемам, значимым для «философии психиатрии».

¹² Руткевич А.М. «Понимающая психология» К. Ясперса // История философии. Вып. 1. М.: ИФ РАН, 1997. С. 23-32; Ткаченко А.А. Карл Ясперс и феноменологический поворот в психиатрии // Логос. 1992. № 3. С. 136-145; Философия и психопатология: научное наследие Карла Ясперса / Под ред. В. И. Жукова. М.: Изд-во РГСУ, 2006.

¹³ Власова О. А. Рональд Лэйнг. Между философией и психиатрией. М.: Издательство Института Гайдара, 2012; Косилова Е. В. Культурологический анализ научной парадигмы в психиатрии на примере антипсихиатрии и философии Р. Лэйнга. Диссертация на соискание ученой степени

кандидата философских наук. М., 2002.

¹⁴ Fulford B., Thornton T., Graham G. Op. cit.

¹⁵ The philosophy of psychiatry. A companion / Ed. by J. Radden. Oxford, New York: Oxford University Press, 2004.

¹⁶ Graham G. The Disordered Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Mental Illness. London: Routledge, 2013.

¹⁷ Thornton T. Essential philosophy of psychiatry. Oxford, New York: Oxford University Press, 2007.

¹⁸ Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Ed. by K.W.M. Fulford, K. J. Morris, J. Z. Sadler et al. Oxford, New York: Oxford University Press, 2003.

Значительную часть этих работ представляют книги из серии «Международные перспективы в философии и психиатрии» (International Perspectives in Philosophy and Psychiatry) – проект издательства Oxford University Press и сообщества «Международная сеть философии и психиатрии» (International Network of Philosophy and Psychiatry). Книги этой серии весьма различны по рассматриваемой проблематике и по используемой методологии. Можно выделить работы, посвященные отдельным темам: пониманию телесности¹⁹, современным интерпретациям феноменологической психиатрии²⁰, вопросам этики²¹, пониманием отдельных заболеваний, например, шизофрении²², и другим вопросам.

Еще одним важным источником информации о «философии психиатрии» являются журналы, в которых публикуются данные о последних исследованиях в данной сфере: «Философия, психиатрия и психология» (Philosophy, Psychiatry & Psychology (PPP)); «Общая психиатрия» (Psychopathology); «Медицина, здравоохранение и философия» (Medicine, Health Care and Philosophy), «Журнал медицины и философии» (Journal of Medicine and Philosophy), «Философия, этика и гуманитарные науки в медицине» (Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine (PEHM)), «Мировая психиатрия» (World Psychiatry) и др. В отличие от фундаментальных теоретических работ, журналы дают

¹⁹ Matthews E. Body-subjects and disordered minds. Treating the whole person in psychiatry. Oxford, New York: Oxford University Press; Stanghellini G. Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense. Oxford, New York: Oxford University Press, 2004.

²⁰ Ratcliffe M. Feelings of Being: Phenomenology, Psychopathology and Taken-for-granted Reality. Oxford, New York: Oxford University Press, 2008.

²¹ Gupta M. Is evidence-based psychiatry ethical? Oxford, New York: Oxford University Press, 2014; Empirical Ethics in Psychiatry / Ed. by G. Widdershoven, J. McMillan, T. Hope, and L. van der Scheer. Oxford, New York: Oxford University Press, 2008.

²² Lysaker P., Lysaker J. Schizophrenia and the Fate of the Self. NY: Oxford University Press, 2008; Woods A. The Sublime Object of Psychiatry: Schizophrenia in Clinical and Cultural Theory. Oxford, New York: Oxford University Press, 2011.

лучшее представление о живом взаимодействии специалистов в данной области и о дискуссиях между представителями разных дисциплин.

Феномен междисциплинарности также хорошо описан в научной литературе. Можно выделить классические тексты, посвященные данному явлению, - в первую очередь, работы Ж. Пиаже²³ и П. Галисона²⁴, - и современные исследования, в которых освещаются проблемные аспекты данного понятия, в частности, работы Дж. Кляйн²⁵ и М. Стэмбер²⁶. Кроме того, стоит отметить работы отечественных авторов, в частности, И. Т. Касавина²⁷ и В. Н. Поруса²⁸. В этих работах не рассматривается феномен междисциплинарных исследований применительно к области «философии психиатрии», однако эти исследования позволяют осветить общие вопросы и проблемы, связанные с феноменом междисциплинарности и наметить основные характеристики этого понятия, которые будут актуальны при обращении к сфере «философии психиатрии».

Что касается анализа междисциплинарных взаимодействий в сфере «философии психиатрии», то, несмотря на отсутствие крупных работ, целиком посвященных этой теме, эта проблематика так или иначе затрагивается в различных текстах, прежде всего, методологического характера: в уже упомянутых книгах «Оксфордское руководство по

²³ Piaget J. The epistemology of interdisciplinary relationships/ Interdisciplinarity: Problems of teaching and research in universities. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development. 1972. P. 127-139.

²⁴ Галисон П. Зона обмена: координация убеждений и действий // Вопросы истории естествознания и техники. 2004. № 1. С. 64–91.

²⁵ Klein J. T. Crossing Boundaries. Knowledge, Disciplinarity, and Interdisciplinarity. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996; Huuoniemi K., Klein J. T., Bruun H., Hukkinen J. Analyzing interdisciplinarity: Typology and indicators // Research Policy. 2010. No. 39. P. 79–88.

²⁶ Stember M. Advancing the Social Sciences Through the Interdisciplinary Enterprise // The Social Science Journal. 1991. Vol. 28. No. 1. P. 1-14.

²⁷ Касавин И. Т. Междисциплинарное исследование: к понятию и типологии // Вопросы философии. 2010. №4. С. 61–73.

²⁸ Порус В. Н. Перекрестки методов (опыты междисциплинарности в философии культуры). М.: «Канон +» РООИ «Реабилитация», 2013.

философии и психиатрии», «Главное о философии психиатрии», «Природа и повествование: введение в новую философию психиатрии», а также в ряде статей: «Феноменология не служанка науки»²⁹ М. Рэтклиффа, «Философское безумие и клиническое безумие»³⁰ Дж. Филлипса, «Что философия может сделать для психиатрии?»³¹ Б. Фулфорда, Дж. Стангеллини и М. Брума.

Объект и предмет исследования

Объектом диссертационного исследования является современная «философия психиатрии» как междисциплинарная область исследований.

Предметом исследования является специфика взаимодействия философии и психиатрии, обусловленная особенностями самой области исследования и междисциплинарной формой организации знания.

Цель и задачи исследования

Цель работы состоит в том, чтобы проанализировать поле исследований современной «философии психиатрии» и выявить его специфику в качестве междисциплинарного проекта.

Достижение этой цели предполагает решение ряда промежуточных **задач**:

1. Наметить основные черты развития психиатрии как научной дисциплины и показать, как протекало ее взаимодействие с философией на разных этапах.

²⁹ Ratcliffe M. Phenomenology Is Not a Servant of Science // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2011. Vol. 18. No. 1. P. 33-36.

³⁰ Phillips J. Madness of the Philosophers, Madness of the Clinic // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2009. Vol. 16. No. 4. P. 313-317.

³¹ Fulford K.W.M, Stanghellini G., Broome M. What can philosophy do for psychiatry? // World Psychiatry. 2004. No. 3. P. 130–135.

2. Обозначить основные направления современной «философии психиатрии» и их проблематику, а также продемонстрировать отличия современной «философии психиатрии» от предшествующих этапов взаимодействия философии и психиатрии.
3. Осуществить выборочное рассмотрение представлений о феномене междисциплинарных взаимодействий в различных областях науки и проанализировать применимость основных аспектов понятия междисциплинарности к сфере «философии психиатрии».
4. Продемонстрировать на конкретных примерах взаимодействия философии и психиатрии, как решаются вопросы, выходящие за дисциплинарные рамки философии либо психиатрии, и зафиксировать формирование нового для обеих дисциплин знания.
5. Проанализировать эпистемологические возможности, которые предоставляет философия для исследования отдельных психиатрических феноменов, в частности, бредового дискурса и трансформаций телесного опыта, и выявить изменения, которые происходят в психиатрии в результате привлечения философского инструментария.
6. Исследовать, как исследования «философии психиатрии» могут оказывать влияние на философские дискуссии о природе субъективности и единстве личности.
6. Сравнить характер изменений, которые происходят в отдельных областях философии и психиатрии в результате междисциплинарного взаимодействия.

Теоретико-методологическая основа диссертационного исследования

Исследование опирается на метод теоретической реконструкции и концептуального анализа аргументов, которые были сделаны в ходе различных исследований в сфере «философии психиатрии» и высказаны их авторами в последующих дискуссиях. Особое значение при рассмотрении этих аргументов придается вопросам взаимодействия между дисциплинами и возможностями переопределения положений одной дисциплины с помощью обращения к материалу другой.

Научная новизна исследования

1. Показана общность вопросов, которые поднимаются в современной «философии психиатрии», и в работах, принадлежащих предшествующим периодам взаимодействия философской и психиатрической мысли. При этом выделены особенности современного этапа, связанные с междисциплинарной формой организации знания: в первую очередь, сегодняшняя «философия психиатрии» (в отличие от предшествующих примеров взаимодействия философии и психиатрии) предполагает, с одной стороны, независимое развитие дисциплин, с другой – модификацию их отдельных положений.

2. Современная «философия психиатрии» исследована с позиции междисциплинарности; в данной работе междисциплинарность не просто называется в качестве характерной черты современной «философии психиатрии», но подробно анализируется на материале конкретных исследований, в частности, исследований бредового дискурса, расстройств «телесного воплощения», диссоциативного расстройства идентичности и расстройства «дореклексивного Я» при шизофрении.

3. Проведен первый в российской науке подробный обзор и анализ корпуса исследований в сфере «философии психиатрии»

последних трех десятилетий. В частности, в работе предпринимается попытка осуществить типологию современных исследований, а также обозначить особенности и проблематику каждого из направлений.

4. Впервые сравниваются (на материале отдельных исследований) механизмы влияния философии и психиатрии друг на друга в современной «философии психиатрии».

Основные положения, выносимые на защиту

1. Современную «философию психиатрии» отличает от предшествующих форм взаимодействия философии и психиатрии то, что в ней, вместо попыток создать философскими средствами модель психической болезни, альтернативную той, что принята в психиатрии, ставится задача производства знания, значимого для обеих дисциплин, а также трансформации их отдельных положений, способствующей их независимому развитию.

2. Современные философские исследования психопатологии в целом принимают концептуальный аппарат психиатрии, однако, благодаря возможности исследовать отдельные явления, которые рассматриваются в психиатрии, но расцениваются как недоступные интерпретации (например, трансформацию телесного опыта), в ходе философских исследований происходит корректировка этого аппарата. Задача философии в этом случае состоит в том, чтобы найти пути осмысленного толкования этих феноменов или хотя бы продемонстрировать возможность таких путей. В результате отдельные положения психиатрии подвергаются критике, пересмотру или уточнению. В частности, привлечение философского инструментария позволяет осмыслить бредовый дискурс как измененную организацию

системы значений или представить ряд расстройств «телесного воплощения» как «объективацию» телесного опыта.

3. Ключевым условием такого взаимодействия является возможность говорить об этих явлениях на языке, не совпадающем с языком классической медицины. Поэтому для «философии психиатрии» крайне значимы самоописания больных, которые в дальнейшем могут подвергаться дальнейшим интерпретациям и толкованиям. В качестве способов такой интерпретации в данной работе рассматривается понимание бредовых высказываний через анализ проявляющихся в них «базовых установок» и анализ телесного опыта с использованием феноменологического аппарата.

4. В исследованиях в сфере «философии психиатрии» поднимаются и переосмысляются проблемы, значимые для философии, - прежде всего, вопрос о критериях и единстве личности. Неприменимость той или иной концепции субъекта к клиническому материалу или противоречия, возникающие при попытках его объяснения, может служить критическим аргументом против нее. Например, исследования диссоциативного расстройства идентичности ставят под сомнение «организмическую» модель личности. Кроме того, создание новой модели, учитывающей патологические случаи, может быть основой для создания альтернативной концептуализации субъективности, как это происходит в рассмотренных концепциях Деннета и Хамфри и в модели Стангеллини.

5. Основное различие между способами влияния дисциплин друг на друга состоит в том, что влияние философии на психиатрию осуществляется явно, а обратное воздействие происходит непрямым образом, благодаря тому, что отдельные положения философских концепций модифицируются при обращении к клиническому материалу.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Теоретическая значимость результатов исследования заключается в выявлении особенностей современной «философии психиатрии», связанных с междисциплинарной формой организации знания. Прделанная работа позволяет продолжить исследование поля «философии психиатрии» в данной теоретической рамке (например, оценить роль других дисциплин, помимо философии и психиатрии, аппарат которых применяется для объяснения психических заболеваний).

Помимо этого, значение данной работы заключается в том, что в ней освещается научная проблематика современной «философии психиатрии»; в российском научном дискурсе практически не представлены результаты исследований в данной сфере, относящиеся к последним трем десятилетиям; данная работа призвана восполнить этот пробел.

Практическая значимость работы состоит в том, что ее результаты могут быть использованы при подготовке общих курсов по эпистемологии и теории познания, а также философии науки или лечь в основу специального курса, посвященного философским проблемам психиатрии или «философии психиатрии» как отдельному явлению. Отдельные темы, затронутые в диссертации (прежде всего, связанные с анализом бредового дискурса и применения феноменологического концепта телесности в психиатрии) могут иметь непосредственное значение для психиатрической или психотерапевтической практики.

Апробация работы

Основные положения и выводы диссертации были представлены и обсуждались в ходе следующих конференций:

1. Международной конференции «Дни науки философского факультета-2011», КНУ им. Т. Шевченко, 20-21 апреля 2011 года, доклад «Взаимовлияние болезни и творчества: случай Ницше».

2. Международной конференции «Воплощенные и встроенные подходы к пониманию «Я» в психиатрии и психосоматической медицине», Гейдельбергский университет, 24-28 октября 2011 года, комментарий к лекции Т. Фухса «Концептуальное прояснение соотношения между отдельными концепциями "Я"».

3. Всероссийской конференции «Языки общественных наук: философия и социология в поисках взаимодействия», РАНХиГС, 18-19 ноября 2011 года, доклад «К поэтике языка феноменологии: рецепция носителями девиантного речевого поведения».

4. Конференции «Проблема сознания в междисциплинарной перспективе», Институт философии РАН, 29-30 марта 2012 года, доклад «Применимость аппарата исследований сознания к описанию практик "повседневности"».

5. Конференции «Философия. Язык. Культура», факультет философии НИУ ВШЭ, 24-25 апреля 2012 года, доклад «Особенности описательных моделей «от первого / второго / третьего лица» и их применимость в исследованиях шизофрении».

6. Международной конференции «Субъект и культура: основы междисциплинарного исследования проблемы», факультет философии НИУ ВШЭ, 23-24 октября 2012 года, доклад «"Философия психиатрии" как междисциплинарная сфера исследований».

7. Конференции «Философия. Язык. Культура», факультет философии НИУ ВШЭ, 26-27 апреля 2013 года, доклад «Проблема

«перевода» научных языков: феноменология телесности как инструмент интерпретации психических расстройств».

8. Международной конференции «Натуралистические концепции сознания», СПбГУ, 24-25 мая 2013 года, доклад «Парадоксы перспективы «первого лица» и объяснительные возможности "theory of mind"».

Публикации по теме диссертации:

Статьи в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК РФ:

1. Практическое применение философии: анализ использования философского инструментария для объяснения психических расстройств // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). 2013. №8. Т. 2. С. 8-15.
2. Особенности современных философских исследований психопатологии // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2014. № 3. Т. 2. С. 17-19.
3. Нарушение социального функционирования психически больного: интерпретация с позиций феноменологии и витгенштейнианской теории социального действия // Научный и общественно-политический журнал «Социология власти». 2014. №1. С. 75-88.

Статьи в других изданиях:

1. Феноменология как психиатрия?// Логос. 2011. № 5-6 (84). С. 287-290.

2. Применимость описательных моделей «от первого / второго / третьего лица» в исследованиях шизофрении // Философия. Язык. Культура. Вып. 3. СПб.: Алетейя, 2012. С. 137-144.
3. Use of the phenomenological concept of body in psychopathological studies // «Дни науки философского факультета-2013», материалы докладов и выступлений. Ч. 3. Киев, 2013. С. 114-115.
4. Применимость аппарата исследований сознания к описанию практик повседневности // Проблема сознания в междисциплинарной перспективе. Отв. ред. В. А. Лекторский. М: Канон+, 2014. С. 279-284.
5. Союз антипсихиатров // Логос. 2014. № 3 (99). С. 299-303.

Глава 1. Основные модели взаимодействия философии и психиатрии

1.1 Философия и психиатрия до XX века: отдельные случаи взаимодействия

В конце XX – начале XIX века «философия психиатрии» состоялась как институционально оформленное движение. Тем не менее, было бы неверно утверждать, что до этого времени философское и психиатрическое знание существовали в полной изоляции друг от друга. Практически с начала зарождения обеих областей философы и психиатры проявляли интерес друг к другу. Разумеется, этот интерес не носил постоянного характера и не был серьезно концептуально оформлен, однако его следы можно обнаружить в самых разных эпохах.

Философы нередко обращались к фигуре психически больного как к яркому иллюстративному материалу, который позволял продемонстрировать ту или иную идею в теоретических построениях. В большей части философских работ, написанных до XX века, в которых упоминалось безумие, понятия «безумия» или «безумца» не проблематизировались. Фигура сумасшедшего играла, прежде всего, эвристическую роль, демонстрируя противоположность рационально рассуждающему субъекту. Прежде всего, такие примеры можно найти в философии Нового времени (например, у Декарта или Спинозы).

Однако гораздо больший интерес представляют случаи обратного интереса: философские концепции или их отдельные положения задействовались для объяснения психической болезни. Возможно, этот интерес отчасти объясняется тем, что психиатрия на протяжении своего развития всегда характеризовалась некоторой двойственностью. Наиболее четко природу этой двойственности описывает Б. Фулфорд в

книге «Руководство по философии и психиатрии»³². С его точки зрения, на протяжении всей истории описания психической болезни³³ можно выделить два основных полюса. Один из них – «ценностное» рассмотрение психической болезни (через призму определенных ценностей и мировоззрения), другой – «фактическое» рассмотрение, при котором болезнь понимается как эмпирический факт нарушения функционирования человеческого организма. Двойственность психиатрии подмечают также Ф. Александер и Ш. Селесник в книге «Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней». Они выделяют две основополагающие тенденции в истории психиатрии: органический подход («попытка объяснить болезни разума телесными причинами»³⁴) и психологический («попытка обнаружить психологические причины психических нарушений»³⁵)³⁶. Е. В. Косилова также говорит о двух основных подходах: «естественнонаучном» и «гуманитарном»³⁷ (что, по сути, означает физиологическое и психологическое направления). Конечно, все эти деления не тождественны, однако все они постулируют двойственность психиатрии. Мы в дальнейшем будем пользоваться терминологией Фулфорда и разделять «ценностный» и «фактический» подход к пониманию

³² Fulford B., Thornton T., Graham G. Op. cit.

³³ Говорить о «психиатрии» как о научной дисциплине можно не раньше, чем с XVIII века, однако система знаний о психической болезни и практик обращения с душевнобольными появились существенно раньше. В институциональный период функционирования дисциплины многие из этих методов были заимствованы, поэтому рассматривать психиатрию в отрыве от «донаучного» периода было бы неправильным, и мы говорим об истории исследования психической болезни в целом, учитывая и доинституциональный, и институциональный периоды.

³⁴ Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. М.: Прогресс-Культура, 1995. С. 19.

³⁵ Там же.

³⁶ Надо сказать, Селесник и Александер выделяют еще магический подход, но это явление, с их точки зрения, принадлежит в основном доисторическим временам, поэтому подробно не рассматривается.

³⁷ Косилова Е. В. . Культурологический анализ научной парадигмы в психиатрии на примере антипсихиатрии и философии Р. Лэйнга.

психической болезни, поскольку это разграничение использует наиболее общие характеристики. «Ценностный» подход объясняет психическую болезнь комплексно, используя психологические и даже метафизические объяснения, «фактический» фиксируется на нарушениях органического характера. Неудивительно, что концепции психической болезни, принадлежащие «ценностному» направлению, испытывали влияние со стороны философских концепций соответствующей эпохи.

Говорить о концепциях психической болезни можно начиная с античной медицины³⁸, которая, по мнению Б. Симона, выступает «рамкой для истории психиатрии»³⁹, поскольку «терминология, категории и ключевые способы рассуждения о создании и его нарушении, которые развились в античной Греции, наложили несмываемый отпечаток на всю последующую мысль»⁴⁰. Таким образом, этот период достаточно значим для понимания основных установок психиатрии. В античной «психиатрии» господствовал «полифонический» подход к пониманию психической болезни и возможным способам ее лечения. Принятая схема «сочетала три модели психики и душевной болезни»⁴¹: поэтическую, философскую и медицинскую. «Ценностный» подход, который нас интересует, был представлен сразу двумя моделями: «поэтической» и «философской».

«Поэтическая» модель исходила из предпосылки, что основное свойство психики (души) – это «открытость» ее границ, подверженность влияниям извне, прежде всего, божественным. Герои трагедий

³⁸ Некоторые исследователи обращаются к еще более раннему периоду. В частности, Ю.В. Каннабих довольно успешно анализирует библейские предания на предмет упоминаний того, что мы сейчас называем психической болезнью, и в поисках тех или иных аналогов современной терапии.

³⁹ Simon B. Mind and Madness in Classical Antiquity // History of Psychiatry and Medical Psychology. Ed. by E. R. Wallace and J. Gach. NY: Springer, 2008. P. 175-197. P. 175.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid. P. 176.

испытывали необычные душевные состояния, инспирированные божественными силами. Д. Робинсон⁴² находит подобные «объяснительные модели» у Гомера: в «Илиаде» Агамемнон говорит, что эринии сделали его безумным, в «Одиссее» Елена аналогично утверждает, что безумием ее «наградила» Афродита. Эта модель «отрицалась, даже точнее, принижалась и медициной и философией, как примитивная и суеверная, но никогда не исчезала полностью»⁴³. Такое объяснение было достаточно наглядным (а также обладало большим количеством «иллюстративного материала»), поэтому вплоть до эпохи Возрождения герои античных трагедий, сведенные с ума богами (например, Аякс или Геракл) упоминались в медицинской литературе.

В «философской» модели, представленной, в первую очередь, в сочинениях Платона, душа представала, напротив, как нечто автономное и не подверженное влияниям никаких сил. По мнению Э. Кенни, у Платона была представлена «первая сущностная концепция безумия как слабости или заболевания психики (mind)»⁴⁴. Душа, хотя и защищенная от внешних воздействий, понималась как разделенная на части (разумная, яростная, страстная), а безумие возникало как результат доминирования низших частей. Таким образом, задавалась модель для лечения, которое должно было состоять в «исправлении этого дисбаланса»⁴⁵. «Платоническая модель» была очень значима; все последующие психологические концепции античности либо принимали ее за отправную точку, либо выступали с ее критикой, но не игнорировали.

⁴² Robinson D. *Wild Beasts and Idle Humours: the insanity defense from antiquity to the present*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.

⁴³ Simon B. *Op. cit.* P. 176.

⁴⁴ Kenny A. J. P. *Mental health in Plato's Republic // Proceedings of the British Academy*. 1969. Vol. 55. P. 229-253.

⁴⁵ Simon B. *Op. cit.* P. 176.

При этом стоит отметить, что философы в то время не только теоретизировали о природе души и ее расстройств, но и действительно могли давать практические советы. «Так же, как и в последующие времена — «мудрецы» казались особенно компетентными во всем, что касалось психической жизни»⁴⁶. В «Законах» Платон предлагает даже механизм лечения, составными частями которого выступали, с одной стороны, диета и телесные упражнения (что, надо признать, больше соответствовало установкам «медицинской» модели), а с другой стороны – обучение. Цель таких мер – наступление «равновесия одновременно и в теле и в душе»⁴⁷.

С этими представлениями соседствовала «фактическая», или «медицинская» модель, представленная, в первую очередь, корпусом работ Гиппократов. Согласно этой модели, ментальная активность – эффект органической деятельности (мозга или сердца). Человек здоров, когда четыре основные жидкости (кровь, слизь, желтая желчь, черная желчь) правильно смешаны и находятся в равновесии и, напротив, болен, когда баланс нарушен. Психическая болезнь определяется переизбытком одной из жидкостей в мозге. Также наряду с этими тремя подходами в то время немалую роль играла «народная» психиатрия: использование ритуалов, амулетов и тому подобного – четко не определенные и не зафиксированные практики. В целом, в античные времена соседствовало множество возможных способов лечения. «Если метод А не помогал, человек прибегал к методу Б и ко всем прочим известным»⁴⁸. Околонуучное знание и то, что мы сейчас называем суеверием, стояло примерно в одном ряду как возможное объяснение и подспорье для лечения психической болезни.

⁴⁶ Каннабих Ю.В. История психиатрии. М.: Академический проект, 2012. С. 27.

⁴⁷ Там же. С. 28.

⁴⁸ Simon B. Op. cit. P. 180.

Таким образом, можно утверждать, что в тот период, когда формировались основные понятия, модели и представления о психической болезни, «гуманитарный» подход играл очень значимую роль. Более того, одна из концепций объяснения психической болезни эксплицитно апеллировала к философским воззрениям и объясняла психическое расстройство на их основе. Это были, возможно, первые попытки соприкосновения философии и знания о психической болезни.

В качестве другого примера концепции психического расстройства, которую также можно отнести к «ценностному» подходу и которая также апеллировала к положениям философии, выступает понимание природы душевных болезней как расстройств суждений у стоиков. В эллинистический период были созданы «более разработанные теории и рабочие методы применения философии для лечения психических расстройств»⁴⁹. Третья книга «Тускуланских бесед» Цицерона посвящена здоровью души и в частности, возможным отклонениям (*perturbatio*). С точки зрения Цицерона, здоровье души, как и здоровье тела, заключается в гармонии: для тела гармония заключается в правильном сочетании и взаимодействии частей организма, а для души – в правильном согласовании суждений и отсутствии нездоровых страстей. В этой концепции принципиальное значение имеет не только идея гармонии и баланса, но и «идея, что душа в большой степени идентифицируется с суждениями и убеждениями»⁵⁰, которые делает человек о прошлом, настоящем или будущем.

Суждения, согласно Цицерону, подразделяются на суждения о настоящем и о будущем, а также на суждения о хорошем и о плохом. Существуют три возможных добродетельных, здоровых страсти души:

⁴⁹ Ibid. P. 188.

⁵⁰ Nordenfelt N. The Stoic Conception of Mental Disorder: The Case of Cicero // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 1997. No. 4. P. 285-291. P. 287.

радость (*gaudium*), которая относится к хорошему в настоящем, желание (*voluntas*), которое относится к хорошему в будущем, и предосторожность (*cautio*), которая относится к плохому в будущем. Все прочие страсти можно назвать отклонениями или расстройствами, в частности наслаждение (*laetitia*), вожделение (*libido*), страдание (*aegritudo*), и страх (*metus*). Нездорово в этих чувствах то, что они волнуют душу куда сильнее, чем здоровые. Эти нездоровые страсти (расстройства) могут становиться причиной острых заболеваний, а те, в свою очередь, - хронических. Например, жажда денег (вожделение) может привести к острой скупости, а та – превратиться в хроническое состояние души. Таким образом, причиной психических расстройств, с точки зрения Цицерона, выступают неправильные, нездоровые, слишком сильные страсти.

Собственно, исходя из этого, «чтобы избавиться от несчастий, нужно исцелиться душой, а этого нельзя достичь без философии»⁵¹. Знаменитые стоические призывы к невозмутимости (*ataraxia*) и бесстрастию (*apatheia*) можно понимать как одновременно «метод и конечную цель терапии»⁵², которую осуществляет сам человек либо его учитель. Вырабатываются даже некоторые практические приемы «терапии» (постепенность в избавлении от страданий, обсуждение со страдающим человеком как судьбы в целом, так и конкретных обстоятельств его жизни и т.п.). Конечно, нельзя говорить о «стоической психотерапии» в полном смысле слова, но стоит отметить, что и в этом случае мы наблюдаем взгляд на природу психических расстройств и методики их излечения, основанный не на «органических», «естественных» взглядах, а на ценностном отношении к болезни в

⁵¹ Цицерон. Тускуланские беседы. Книга III. Об утешении в горе // Избранные сочинения. М., «Художественная литература», 1975.

⁵² Simon B. Op. cit. P. 189.

контексте целостной человеческой жизни. Более того, эта позиция отвечает более общим философским установкам.

Следующий период, в котором мы можем явно проследить влияние философских идей на психиатрические концепции, приходится уже на XIX столетие. Это не означает, что на протяжении всего периода от античности до XIX века господствовал «фактический» подход. В Средние века две модели объяснения психической болезни по-прежнему сосуществовали. «Фактический» подход был представлен исламской мыслью, которая, вслед за Галеном, рассматривала психическую болезнь органически, как нарушение мозга, а «ценностный» - христианской мыслью, в которой безумие воспринималось как проявление одержимости. Тем не менее, «гуманитарный» подход в эту эпоху апеллировал не к философии, а к религиозному знанию, поэтому данный период не представляет большого интереса. Христианские модели объяснения психической болезни были распространены и в эпоху Возрождения. Однако к концу XVII века «натуралистические концепции безумия стали господствующей парадигмой»⁵³, и «до XVIII века научное мировоззрение в центральных странах Европы было по существу однородным»⁵⁴. Двумя основными научными методами того времени были наблюдение и составление классификаций болезней. В XVIII веке происходит важное событие – возникает психиатрическая лечебница как таковая, место, где содержатся психически больные люди, и целью которого является их лечение, а не изоляция. Стоит отметить, что рост учреждений, производящих госпитализацию психически больных, стал причиной еще одного важного изменения: он создал широкую базу для научного наблюдения. За счет этого произошел и резкий скачок в развитии «научного», теоретического представления о психических

⁵³ Fulford B., Thornton T., Graham G. Op. cit.

⁵⁴ Каннабих Ю. История психиатрии. С. 87.

болезнях. Основным занятием психиатров того времени было составление различных классификаций психических болезней; также в психиатрию проникают экспериментальные методы исследования. Тогда же в это время в качестве причин психических заболеваний стали фигурировать наследственность и конституция. В таком состоянии находится психиатрическая наука к XIX веку.

В XIX веке складывается поле для научных дискуссий в психиатрии. В частности, в немецкой психиатрической мысли выделяются два направления: психики и соматики, то есть те, кто видел основу психической болезни в деятельности психики (mind), и те, кто сосредотачивал внимание на органических факторах (что, опять же, можно считать проявлением двойственности психиатрической мысли). Специфика ситуации в Германии состояла в том, что «немецкая психиатрическая литература была проникнута духом немецкого романтизма начала XIX века»⁵⁵. Отчасти на психиатрическую мысль повлияла также немецкая классическая философия (стоит отметить, что она преподавалась на медицинских факультетах). Определенное влияние на психиатрическую мысль оказал И. Кант. В частности, принятие его дуализма вело к мысли, что, если физиологические процессы могут быть объяснены в рамках каузальности и «слепой необходимости», то «понимание когнитивных процессов может потребовать совсем иного принципа»⁵⁶. Также сильно повлиял на формирование «романтической психиатрии» Ф. Шеллинг. «Для практики и терапии его философия природы не имела никакого значения. <...> Однако уничтожение некоторых старых границ мысли и предложение новых, неожиданных

⁵⁵ Marx O.M. German Romantic Psychiatry // History of Psychiatry and Medical Psychology. Ed. by E. R. Wallace and J. Gach. NY: Springer, 2008. P. 313-333. P. 313.

⁵⁶ Richards R.J. Rhapsodies on a Cat-Piano, or Johann Christian Reil and the Foundations of Romantic Psychiatry // Critical Inquiry, 1998. Vol. 24. No. 3. P. 700-736. P. 707.

связей оказалось плодотворным. Организм и окружающая среда рассматривались во взаимодействии, материя и форма воспринимались в единстве»⁵⁷. Важное влияние романтической философии заключалось в установке на процессуальность, рассмотрение феномена в развитии, что в медицине проявилось как «изучение человека и болезни во времени»⁵⁸, а именно как развитие эпидемиологии и анамнеза.

В рамках «романтической психиатрии» был написан, например, труд И. Х. Рейля «Рапсодия об использовании психического метода лечения к душевным расстройствам», где описывались методы психологического воздействия, которые может использовать врач при обращении с психически больным. Рейль полагал, что лечением психических заболеваний должны заниматься «врачеватели души и тела, и психологические и физические методы воздействия могут сменять друг друга или использоваться одновременно»⁵⁹. Психическое расстройство, по Рейлю, - это «нарушение нормального функционирования сил души»⁶⁰. В частности, три наиболее значимые психические силы, которые подвергаются патологическим изменениям при психическом заболевании и к которым применимы психологические методы воздействия – это самосознание⁶¹ (Bewusstsein), рассудительность (Besonnenheit) и внимание (Aufmerksamkeit). Также в руководстве Рейль использовались такие категории, как удовольствие (терапевтическая мера) и неудовольствие (которое может как вызывать психические нарушения, так и использоваться для их лечения, например, с помощью шоковых методов). Рейль акцентировал внимание

⁵⁷ Marx O.M. Op. cit. P. 318.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Ibid. P. 320.

⁶⁰ Richards R.J. Op. cit. P. 712.

⁶¹ Самосознание понималось под влиянием Шеллинга как активная творческая сила.

и на личности и подготовке врача: например, уточнялось, что врач должен говорить просто и кратко.

Другой представитель «романтической психиатрии» И. Хайнрот, напротив, отделял чисто психические расстройства от нарушения мозга и считал, что врач не должен лечить душу и тело одновременно, а «психический врач» (*psychische Arzt*) должен заниматься именно теми расстройствами, которые связаны с расстройством разума. Врач, который занимается расстройствами тела, с его точки зрения, не может объяснять происходящее при расстройствах психики, поскольку не обладает должным знанием психологии. Хайнрот считал, что психическое расстройство – это, в первую очередь, расстройство души. Чтобы объяснить психическую жизнь здорового и больного человека, Хайнрот описывал сознание и его развитие на протяжении человеческой жизни. Развитие в сторону психического расстройства, с точки зрения Хайнрота, - это следствие «ошибки, греха и зла, то есть прогрессирующего отхода от разума»⁶². Физические нарушения – это результат нездоровой психической жизни. Те заболевания, которые вызваны соматическими причинами (например, являющиеся следствием травмы мозга), просто не относятся к категории психических болезней. Хайнрот считает, что только разум может распознать психическую болезнь и только разум в состоянии вылечить пациента; таким образом, лечение в его понимании является скорее перевоспитанием.

Немецкую «романтическую психиатрию» от античной медицины, безусловно, отличает не только характер используемых философских источников, но и сам разрыв между психиатрической наукой и теми философскими положениями, которые нашли в ней свое отражение. Философия Канта и Шеллинга находилась на некоторой дистанции от

⁶² Marx O.M. Op. cit. P. 324.

постулатов, принадлежащих области медицины. Понимание психической болезни на основе философии Платона и Цицерона было всего лишь одним из аспектов их построений и не выделялось в специальную сферу, а в XIX веке психиатрия уже сформировалась как отдельная дисциплина, поэтому в этом случае можно уже говорить о влиянии философских идей на формирование теорий психической болезни.

1.2 Экзистенциально-феноменологическая психиатрия

В начале XX века возникает экзистенциально-феноменологическая психиатрия (в рамках которой иногда выделяют феноменологическую психиатрию и экзистенциальный анализ); это течение являлось, в отличие от предшествующих случаев взаимодействия философии и психиатрии, полноценным и достаточно серьезным проектом построения философской теории в сфере психической болезни. Говоря об экзистенциально-феноменологической психиатрии, мы уже можем зафиксировать не просто влияния философской мысли на психиатрическую теорию, но создание проекта (или, по крайней мере, о такой попытке) на границе дисциплин.

Возникновение этого проекта, безусловно, было связано с серьезными изменениями, произошедшими к тому времени как в психиатрии, так и в научной методологии. Прежде всего, на этот проект не могли не повлиять методологические споры начала XX века. Само представление о разграничении естественных и гуманитарных наук, о необходимости «наук о духе», «имеющих своим предметом исторически-общественную действительность»⁶³, а также «утверждение о том, что человеческие проявления – чувства, поведение, культура – не

⁶³ Дильтей В. Введение в науки о духе // Собрание сочинений в 6 тт. Т. 1: Введение в науки о духе. М.: Дом интеллектуальной книги, 2000. С.270-730. С. 279.

могут (и не должны) быть исследованы с позиции естественных наук»⁶⁴, задали определенный контекст развития психиатрической науки. С одной стороны, предметом психиатрии был не просто человек, но его психика, что могло выступать преградой для копирования естественнонаучных методов в эту область, с другой стороны, психиатрия, безусловно, использовала естественные методы в объяснении тех или иных органических процессов. Таким образом, возникшие представления о специфике наук о человеке, ставило психиатрию в ситуацию, когда требовалась определенная методологическая рефлексия и поиски новых методов.

Также определенное влияние на складывающееся взаимодействие философии и психиатрии оказал психоанализ. «Психоанализ – не только вид психотерапевтической и клинической практики. Одновременно он является учением о человеке, социальной философией»⁶⁵, и в этом смысле его тоже можно отнести к области, пограничной между философским и психиатрическим исследованием. Хотя самостоятельной целостной системы, объясняющей специфику именно психически больного человека, в психоанализе создано не было (по крайней мере, в классическом психоанализе начала XX века); отдельные сюжеты в работах Фрейда⁶⁶ и Юнга⁶⁷, безусловно, обрисовали новый взгляд на психическую болезнь. Кроме того, многие общие установки психоанализа оказали влияние на формирующееся философско-психиатрическое пространство. Прежде всего, психоанализ продемонстрировал модель, в которой возможно «проникновения на

⁶⁴ Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ. История, мыслители, проблемы. М.: Издательский дом «Территория будущего», 2010. С. 68.

⁶⁵ Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру. М.: Политиздат, 1985.

⁶⁶ Напр., Фрейд З. Психоаналитические заметки об одном автобиографическом описании случая паранойи // Фрейд З. Знаменитые случаи из практики. М.: Когито-Центр, 2007.

⁶⁷ Юнг К. Г. Работы по психиатрии. Спб.: Гуманитарное агентство «Академический проект», 2000.

уровень субъективных смыслов»⁶⁸ больного, что стало ключевым пунктом практически для всех предприятий в сфере философского объяснения психической болезни. Тем не менее, несмотря на общее расширение пространства рассмотрения психической болезни, которое отчасти было вызвано распространением психоаналитических идей, влияние психоанализа на проект экзистенциально-феноменологической психиатрии было все-таки достаточно фрагментарным.

Другое важное изменение, которое произошло в начале XX века, это введение Э. Блейлером термина «шизофрения». «Одним из важнейших симптомов шизофрении является преобладание внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира»⁶⁹, - пишет он в работе «Аутистическое мышление». Принципиальным было то, что Блейлер описал феномен особого типа мышления и переживания психически больного. Таким образом, внутри самой психиатрической науки предметом рассмотрения становится содержание внутреннего мира психически больного человека. Разумеется, внутренний мир с трудом может быть исследован средствами естественных наук, поэтому данный факт сформировал еще один запрос на поиск метода, который позволил бы описать содержание сознания. Кроме того, Блейлер утверждал, что «между аутистическим и обычным мышлением не существует резкой границы, так как в последнее мышление очень легко проникают аутистические, т. е. аффективные элементы⁷⁰», сближая, таким образом, миры психически здорового и больного человека. Такие установки также поддерживали идею, что мир психически больного может быть доступен для постижения, и, тем самым, также

⁶⁸ Там же.

⁶⁹ Блейлер Э. Аутистическое мышление.

⁷⁰ Там же.

формировали запрос на использование методов, которые могут быть использованы для постижения внутреннего мира психически больного.

Движение экзистенциально-феноменологической психиатрии включало в себя ряд мыслителей, основная деятельность которых пришлась на первую половину XX века. Временные границы и точный перечень представителей могут слегка различаться; Г. Шпигельберг⁷¹ в книге «Феноменология в психологии и психиатрии»⁷² называет следующие фигуры: К. Ясперс, «сыгравший роль первопроходца в развитии феноменологической психиатрии»⁷³, Л. Бинсвангер, Э. Минковски, Э. фон Гебзаттель, Э. Штраус, Ф. Бойтендайк, К. Гольдштейн, П. Шильдер, М. Босс, В. Франкл. О. А. Власова в книге «Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ» выделяет в этом движении феноменологическую психиатрию (основателем которой был Ясперс, и которая, кроме его непосредственных последователей К. Шнайдера, К. Ф. фон Вайцзеккера, В. Майер-Гросса включает также такие фигуры как Э. Минковски, Э. Штраус, Э. фон Гебзаттель) и экзистенциальный анализ, во многом базирующийся на экзистенциальной аналитике М. Хайдеггера (основными представителями которого считаются М. Босс и Л. Бинсвангер).

Стоит сказать вкратце о целях экзистенциально-феноменологической психиатрии. Основной задачей, которую ставили перед собой представители данного направления, был «поиск нового основания для психологической науки и психиатрической практики,

⁷¹ Шпигельберг говорит о феноменологической психиатрии, не выделяя представителей экзистенциального анализа в отдельное направление.

⁷² Spiegelberg H. Phenomenology in Psychology and Psychiatry. A Historical Introduction. Evanston: Northwestern University Press, 1972.

⁷³ Ibid. P. 171.

преодоление кризиса современной психологии»⁷⁴. Они стремились уйти от позитивной науки, склонной к упрощениям и рассматривающей больного исключительно как «объект» и найти другие средства описания, объяснения и изменения того, что происходит с психически больным человеком. В целом работа была сосредоточена по двум направлениям: критика традиционной психиатрии и в целом господствующей научной парадигмы, а также поиски новых методов.

Ясперс предложил модель критики «классической» психиатрии. В основном его критика была направлена на то, что психиатрия оперировала естественнонаучными методами; человек воспринимался как природная реальность, стоящая в одном ряду с объектами естественнонаучных дисциплин; широко использовался схематизм. Ясперса не устраивало заимствование естественнонаучной, «объяснительной» методологии: «в области душевной жизни факты не могут достичь степени точной определенности, необходимой для проверки теории путем сравнения вытекающих из нее выводов с этими фактами»⁷⁵. Ясперс считал, что теоретизирование в сфере психического нельзя выполнять, осуществляя попытки выстроить некие универсальные предсказательные схемы. Построение подобных схем предполагает наличие некой «сущности» в основе рассматриваемых явлений, а непредставимость человека в научных понятиях закрывает возможность для терминологического описания его «сущности». Поэтому реальные случаи не могут быть подведены под схему, скорее мы можем их перечислять, упорядочивать, производить типизацию, которая поможет нам ориентироваться.

⁷⁴ Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру. М.: Политиздат, 1985.

⁷⁵ Дильтей В. Описательная психология. СПб.: Алетейя, 1996. С. 17.

Безусловно, Ясперс не отрицал принципиальную возможность описания явлений мира психического с использованием схем. Но такое описание, с его точки зрения, никогда не могло быть полностью согласовано с реальными фактами. Ясперс исходил из представления о человеке как целостности, недоступной для полного разложения по частным категориям, поэтому каждый раз, когда мы создаем некоторую универсальную схему, мы должны понимать, что она удобна лишь в описании каких-то аспектов изучаемых явлений. «Знание заходит в тупик, если оно пытается обратить целостность как таковую в совокупность элементов»⁷⁶. Любая идея, теория, схема, типология или классификация, с точки зрения Ясперса, хороша только до тех пор, пока мы не начинаем воспринимать их как полную репрезентацию реальных процессов.

Критиковался уклон психиатрии в сторону естественных наук и в Dasein-анализе Босса и Хайдеггера. «Для науки предметная сфера является уже заданной»⁷⁷. Классическая наука, и в том числе психиатрия, предполагают, что феномены делятся на физические измеримые и психические, которые «можно уловить интуитивно»⁷⁸; однако с точки зрения Босса и Хайдеггера это не так, поскольку феномены, связанные с человеком, не являются однозначно физическими (т.е. измеримыми) или психическими (неизмеримыми): мы можем измерить объем жидкости, но будет ли это адекватным измерением слез? Такая картина связана с имплицитными допущениями, которые лежат в основе научной модели. «Преднаучные допущения фактически связаны с философскими установками, задающими конкретную концепцию мироустройства и статус человека. Таковой для

⁷⁶ Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. С. 671.

⁷⁷ Хайдеггер М. Цолликоновские семинары. Вильнюс: ЕГУ, 2012. С. 48.

⁷⁸ Там же. С. 131.

медицины, как считает Босс, является философская концепция природы, выдвинутая Декартом, Галилеем и Ньютоном»⁷⁹. Главное в этих установках для Босса – каузальность и представления об измеримости предмета исследования: «естественнонаучная традиция замечает только казуальные связи между изолированными объектами»⁸⁰. Разумеется, создатели Dasein-анализа не принимают такой идеал науки: «точность — это лишь определенная форма стрости науки, поскольку точность есть лишь там, где предмет с самого начала установлен как что-то, поддающееся исчислению»⁸¹.

Другой упрек традиционной науке от представителей экзистенциально-феноменологической психиатрии заключался в чрезмерном внимании к фактическому материалу и пренебрежению к теории. В частности Бинсвангер называл «одной из особенностей современной ему психологии переизбыток «сырых» фактов и недостаток методологического осмысления научных принципов»⁸².

Если же говорить о «позитивной» программе, т.е. о стремлении найти новые методы для работы с душевной болезнью, то ключевым для этого движения было стремление описать мир психически больного человека «изнутри», обращаясь к его опыту (так или иначе понятому). Что касается методов, они были заимствованы в основном из феноменологии, прежде всего, гуссерлианской (феноменологическая психиатрия) и экзистенциальной аналитики Хайдеггера (экзистенциальный анализ). Первая послужила базой для описания опыта психически больного человека и его единицы – переживания.

⁷⁹ Там же. С. 410.

⁸⁰ Boss, M. *Existential basis of medicine and psychology*. NY: Jason Aronson, 1983. P. 164.

⁸¹ Хайдеггер М. Указ. соч. С. 197.

⁸² Власова О. А. *Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ. История, мыслители, проблемы*. С. 330.

Вторая же использовалась для описания целостного существования человека и его изменения при патологических нарушениях; экзистенциальный анализ «наравне с внутренним опытом включил в область исследования и окружающий мир пациента»⁸³.

Феноменологический метод описания мира психически больного впервые был применен Ясперсом. Он использовал некоторые положения Гуссерля, однако нельзя сказать, что это было заимствование теоретических положений и развитие их применительно к конкретному материалу — то есть к миру психической болезни. «Ясперса интересовала не «чистая» методология, но зависимость от метода наблюдения опытных данных»⁸⁴. Правильно понять соотношение феноменологии и феноменологического метода в психиатрии помогает следующее рассуждение Ясперса. Чтобы понять душевную жизнь человека, утверждает он, сначала требуется осуществить предварительную работу — понять, какие именно душевные феномены стоит рассматривать и как их разграничивать. «Между тем как эта предварительная работа по предположению, разъясняющему отграничению и понятному порядку психических феноменов будет осуществляться самостоятельно (отдельно, независимо), этим самым возникает феноменология»⁸⁵. То есть феноменологический метод не заимствуется, он, по мысли Ясперса, возникает в самом психопатологическом исследовании — возникает как метод описания и работы с душевными феноменами.

⁸³ Там же. С. 23.

⁸⁴ Руткевич А.М. «Понимающая психология» К. Ясперса // История философии. Вып. 1. М.: ИФ РАН, 1997. С. 23-32. С. 29.

⁸⁵ Ясперс К. Феноменологическое направление исследований в психопатологии // Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. М: Академия, Белый кролик, 1996. С. 93.

Цель феноменологической работы очевидна - «проникновение во внутренний мир больного»⁸⁶; без этого не могут быть постигнуты субъективные симптомы болезни (внутренние переживания, эмоциональные содержания). Однако то, как конкретно может осуществляться такая работа, - это серьезный вопрос. Первое, что должно быть осуществлено в исследовании душевной жизни больного, - это разграничение душевных феноменов. Сложность этой задачи заключается в том, что практически невозможно избавиться от тех теоретических построений, которыми нагружено наблюдение. Нужно отказаться от заранее данных «целостностей», от «додуманного» - для выработки в дальнейшем новых целостностей, которые уже будут основаны на феноменологически полученных данных. Далее, согласно Ясперсу, требуется осуществить систематизацию феноменов. Опять же, следует сделать критерием систематизации «феноменологическое родство», то есть распределять феномены психической жизни исходя не из заранее данной схемы, а из конкретного мира переживаний, «только действительно пережитые стороны этих феноменов представляют исходные моменты для распределения»⁸⁷. Осуществляя классификацию патологических феноменов, главное — это постоянно сохранять вопрос: «А это действительно переживается?»

Однако Ясперс полагал, что феноменологический метод применим лишь к статичному описанию явлений душевной жизни. Когда встает вопрос о генезисе этих переживаний, о связях между ними, то беспредпосылочное разделение феноменов уже невозможно. Здесь приходится обращаться к способности понимания. Психологическое понимание — это то, что противостоит каузальному объяснению. «Поскольку мы никогда не в состоянии непосредственно воспринимать

⁸⁶ Там же. С. 91.

⁸⁷ Там же. С. 106.

чужое психическое таким же образом, как и физическое, речь могла идти, по мнению Ясперса, лишь о представлении, вчувствовании»⁸⁸. Психологическое понимание предполагает эмпатическое проникновение в содержание сознания, а также восприятие экспрессивных проявлений и сопереживание. Когда мы пытаемся объяснить, как одно ментальное состояние следует из другого по законам логики, мы используем рациональное понимание, но есть случаи, когда его недостаточно. «Если же мы понимаем содержание мыслей как вытекающих из настроений, желаний или опасений думающего, то только тогда мы понимаем эти связи собственно психологически, или иначе, сопереживая миру другого»⁸⁹. Осуществляется такое понимание — в соответствии с общей феноменологической интенцией — с помощью достижения «очевидной ясности» при опытном познании другого человека.

Развитие применения феноменологического метода в психопатологических исследованиях мы можем найти у Минковски, Гебзаттеля и Штрауса. Все они также понимают феноменологию своеобразным образом, модифицируя гуссерлевскую методологию с целью приспособить ее к задаче описания мира психически больного человека. В этих исследованиях, в частности, уделяется большое внимание феноменологическому анализу изменения временности и пространственности при шизофрении (Минковски, Гебзаттель), а также других психопатологические феномены, например, деперсонализация и дереализация (Гебзаттель).

⁸⁸ Ткаченко А.А. Карл Ясперс и феноменологический поворот в психиатрии // Логос. 1992. № 3. С. 136-145. С. 141.

⁸⁹ Ясперс К. Каузальные и «понятные» связи между жизненной ситуацией и психозом при dementia praecox (шизофрении) // Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. М: Академия, Белый кролик, 1996, 1996. С. 114.

Другое направление исследований – это экзистенциальный анализ, представленный, главным образом, в работах Бинсвангера и Босса. Бинсвангер, как и представители феноменологической психиатрии, обращается к феноменологическому методу, а также к психоанализу, однако затем приходит к экзистенциальному анализу, основой для которого становятся некоторые положения философии Хайдеггера. Однако, опять же, идеи Хайдеггера заимствуются достаточно своеобразно. По мнению Шпигельберга, Бинсвангер использовал хайдеггерианское понятие *Dasein*, чтобы «поместить его на место, которое занимало сознание у Гуссерля, что не могло быть адекватным»⁹⁰. Бинсвангер не принимает проект фундаментальной онтологии, он, скорее, выстраивает систему экзистенциальной антропологии. Бинсвангер пишет: «феноменологически-философская аналитика существования Хайдеггера важна для психиатрии. Это так, потому что она не просто исследует отдельные сферы явлений и реальности, которые можно найти «в человеческих существах», но, скорее, исследует бытие человека как целого»⁹¹. Применяя этот аппарат к психопатологическим данным, Бинсвангер заключает, что содержание психозов зависит от того «способа, которым *Dasein* заполняет бреши естественного опыта, возникшие вследствие неспособности найти выход»⁹².

Бинсвангер считает, что мир любого человека – в том числе душевнобольного – надо понимать как наделенный смыслом; мы можем воспринимать осмысленность этого мира, осознавая эмоции, переживания, заботы человека. Психическая патология объясняется

⁹⁰ Spiegelberg H. Op. cit. P. 220.

⁹¹ Бинсвангер Л. Аналитика существования Хайдеггера и ее значение для психиатрии // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М.: «КСП+», СПб.: «Ювента», 1999. С. 187.

⁹² Власова О.А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ. История, мыслители, проблемы. С. 389.

Бинсвангером через изменения способа конституирования мира: у пациентов теряется способность воспринимать мир в становлении, реальность как бы затвердевает, становится статичной. В частности, шизофрению характеризует «разрушение постоянства естественного опыта»⁹³, его распадение на жесткие альтернативы, попытка охватить эти неприемлемые альтернативы и, как следствие возникшей напряженности, уход из мира в иллюзорную реальность.

Босс также стремится создать аналитическую методологию на основе идей Хайдеггера; однако Босс все-таки стремился в своем Dasein-анализе создать концепцию на основе онтологического, а не антропологического толкования. Босс «всегда подчеркивает, что Dasein — это не человек, а «здесь-бытие». Это «открытость, «просвет», в котором выявляется смысл бытия»⁹⁴. С точки зрения Босса, сущность человека представляет собой Dasein, здесь-бытие и характеризуется рядом экзистенциалов: пространственностью, темпоральностью, настроенностью и т.п. Психические заболевания вызваны «нарушением открытости человеческого существования»⁹⁵, которое приводит к трансформации основных экзистенциалов. Соответственно, Dasein-анализ ставит своей задачей выявление тех событий жизни пациента, которые привели к упрощению модусов его существования и взаимодействия с миром.

Каковы были итоги этого первого серьезного проекта не просто «гуманитарного», «психологического» или «ценностного» подхода к объяснению психической болезни, но первой серьезной попытки явного привлечения философских средств в психиатрию?

⁹³ Spiegelberg H. Op. cit. P. 226.

⁹⁴ Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру. М.: Политиздат, 1985.

⁹⁵ Власова О.А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ. История, мыслители, проблемы. С. 429.

Если говорить об эксплицитно заявленных целях создания методологии, способной прийти на смену традиционной психиатрии, то придется констатировать, что реализация этой задачи не удалась. Представителям экзистенциально-феноменологической психиатрии удавалось описать отдельные феномены душевной жизни больных, однако, в конечном счете, четкой эффективной методологии работы с психически больными так и не было выработано ни у одного из представителей этого подхода; терапевтическая практика зачастую оказывалась довольно причудливой: психиатр пытался понять внутренний мир больного, одновременно «на всякий случай» оказывая традиционное медикаментозное лечение. Эта парадоксальная ситуация отражала основное противоречие экзистенциально-феноменологической психиатрии. Пытаясь объединить философские методы понимания с решением практических клинических задач, представители движения сталкивались с неопределенным, промежуточным статусом самой теории и вынужденно ударялись либо в одну, либо в другую крайность.

С другой стороны, нельзя сказать, что деятельность представителей этого направления оказалась напрасной. Прежде всего, экзистенциально-феноменологическая психиатрия была первой попыткой диалога между философами и психиатрами – как в метафорическом, так и в буквальном смысле; в частности, с 1959 по 1969 год Хайдеггер совместно с Боссом проводил так называемые «Цолликоновские семинары», аудиторией которых были по большей части врачи, а темами для обсуждения – как философские вопросы, так и возможности приложения этих вопросов к психиатрической практике. Так что это движение, безусловно, сыграло важную роль для формирования более широких обсуждений феноменов психического заболевания с привлечением представителей различных дисциплин.

Другой важный итог – это вклад в общую тенденцию гуманизации психиатрической практики. Экзистенциально-феноменологическая психиатрия сделала многое для того, чтобы мир психически больного стал более понятным нам, пусть отчасти, но постижимым. Поэтому это течение поспособствовало формированию представления, что психически больной человек – это, в первую очередь, такой же человек, как и человек, не страдающий расстройством психики. Все это привело к появлению в середине XX века другого движения – антипсихиатрии, представители которого наряду с попытками проникнуть в мир психически больного осуществляли достаточно жесткую социальную критику психиатрии, высказываясь против жестоких методов обращения с больными, а также против того, что для общества психически больной является отверженным носителем стигмы.

Экзистенциально-феноменологическая психиатрия (и, по большому счету, антипсихиатрия) сейчас принадлежит истории как течение, уже сыгравшее свою роль в деле объяснения психической болезни. Однако в конце прошлого века «ценностный» подход в понимании психической болезни вновь получил мощный импульс к развитию.

1.3 Современная «философия психиатрии»: предпосылки и развитие

1.3.1 Предпосылки возрождения «философии психиатрии»

Пока затруднительно однозначно утверждать, какие причины вызвали «ренессанс философии психиатрии». Однако о некоторых значимых событиях, повлиявших на возрождение интереса к взаимодействию философии и психиатрии, мы можем говорить уже сейчас. На протяжении XX века произошел ряд значимых изменений, во многом переопределивших то поле, в котором возможно философское

осмысление психической болезни. Часть этих изменений относились к психиатрии, часть – к философии, а некоторые из них затрагивали более широкие культурные области.

Прежде всего, в XX веке происходят значимые события внутри психиатрии, которая оформляется в качестве самостоятельной научной дисциплины. На протяжении XX века в первую очередь прогрессирует «фактическая» («эмпирическая», «физиологическая») парадигма⁹⁶. Только к концу XIX века психиатрия начинает оперировать в качестве нозологической единицы «собственно болезнями» (а не симптомокомплексами). Ю. В. Каннабих считает, что именно с этим связано наступление «современной», «научной» стадия развития психиатрии. В 1929 году психические болезни впервые появляются в Международной классификации болезней (правда упоминаются только две разновидности: *dementia praecox* и «другие формы сумасшествия»). К середине века появляются достаточно подробно прописанные группы психозов, неврозов и расстройств характера, поведения и интеллекта. Примерно в то же время появляется первое «Диагностическое и статистическое руководство по психическим болезням», которое представляет достаточно сложную и многоуровневую нозологическую систему.

Кроме совершенствования нозологии, безусловно, стоит сказать о революции в методах, которая произошла в психиатрии в XX веке. В 50-е годы врачи впервые начинают использовать литий, хлорпромазин и имипрамин для лечения отдельных расстройств. Впоследствии

⁹⁶ «Ценностный» подход в XX веке тоже сохраняет свое влияние: продолжают свою работу некоторые последователи экзистенциально-феноменологической психиатрии, развивается психоанализ, возникает антипсихиатрия. Однако в целом в XX веке «фактический» подход был более влиятелен, во многом из-за действительно впечатляющих достижений эмпирической науки.

психофармакология продолжает развиваться и становится ключевой областью для психиатрии. На сегодняшний день список лекарственных средств, которые используются психиатрами, достаточно широк; условно они делятся на две большие группы – препараты седативного и стимулирующего воздействия.

Еще один фактор – это присоединение психиатрии к так называемой «когнитивной революции». «За три последние десятилетия XX века психология и, в меньшей степени, нейронауки и англо-американская философия сознания заново открыли свой смысл»⁹⁷. Позже к этому движению присоединилась и психиатрия, когда выяснилось, что некоторые результаты исследований нейронаук могут обладать клинической значимостью. Сформировалось мнение, что «поле нейронаук обладает большим потенциалом для улучшения нашего понимания психиатрической диагностики и методов лечения»⁹⁸, например для лечения депрессии или болезни Альцгеймера. С 80-х годов в психиатрии начинают активно применять нейровизуализацию, т.е. комплекс методов, позволяющих визуализировать отдельные биохимические характеристики мозга.

Конечно, сами по себе эти явления не требуют привлечения философии. Более того, все они связаны с развитием «физиологической» установки, которая настаивает на органической природе психических заболеваний. Тем не менее, косвенным образом бурное развитие психиатрических методов в XX веке повлияло на ситуацию, в которой возник запрос на возникновение «философии психиатрии». Дело в том, что все эти преобразования существенно расширили состав

⁹⁷ Fulford K.W.M., Morris K.J., Sadler J.Z., et al. Op. cit. P. 18.

⁹⁸ Rubin E. What Has Neuroscience Done for Psychiatry Lately?

(<http://www.psychologytoday.com/blog/demystifying-psychiatry/201108/what-has-neuroscience-done-psychiatry-lately>)

специалистов, имеющих дело с психической болезнью. В дело объяснения и лечения включились новые игроки: нейрофизиологи, фармацевтические компании и т.п. Таким образом, появилась необходимость обеспечения диалога между представителями различных дисциплин и создания если не общего научного языка, то хотя бы «правил перевода».

Помимо этого, в XX веке область описания психической болезни существенно расширяется за счет интереса к теме безумия со стороны антропологии, социологии и пр. В первой половине века появляются концептуализации психической болезни со стороны антропологов. Р. Бенедикт в 1934 году формулирует два принципа: во-первых, поведение психически больных отличается в разных культурах, потому что расстройство вызвано стрессами и напряжениями, характерными для данной культуры; во-вторых, мы не можем говорить о «ненормальном поведении» вообще, поскольку культурный контекст и нравы определяют, что такое нормальное и ненормальное. С ее точки зрения, образ болезни определяется вытесняемыми или подавляемыми в какой-либо культуре антропологическими возможностями; критерий нормальности определяется как соответствие взглядам социальной среды. А Э. Дюркгейм делает вывод, что в обществе считаются патологическими те феномены, которые «отклоняясь от среднего, выражают минувшие этапы уже свершившейся эволюции или предвещают те ближайшие фазы развития, которые едва только начались»⁹⁹. В этих исследованиях болезнь оказывается в поле возможностей культурной реальности определенной социальной группы.

⁹⁹ Фуко М. Психическая болезнь и личность. СПб.: ИЦ «Гуманитарная Академия», 2009. С. 164.

Во второй половине XX века формируется «социально-ролевой подход», который анализирует социальную роль психически больного в обществе; согласно данному подходу, это «девиантные социальные роли, вызванные теми же силами, что и «нормальные» роли»¹⁰⁰. При подобном понимании, общество устроено таким образом, что в нем с необходимостью присутствует шкала распределений, на которой представлены как нормальные, так и отклоняющиеся роли. Сложности, возникающие у психически больного человека при участии в социальных взаимодействиях, определяются тем, что он приобретает девиантный ярлык¹⁰¹ и действует в соответствии с этой ролью. Другая стратегия социологического описания психической болезни определяла психически больного через наблюдаемые неуместные формы поведения. В частности, И. Гофман указывает, что «неуместное в данной ситуации» поведение выступает в качестве «явного знака психического расстройства»¹⁰², и соответственно больной – это нарушитель, действующий против принятых в социальной группе правил. Кроме того, проводились социологические исследования самой клиники¹⁰³, в которых психическая болезнь рассматривалась в связи с формирующим ее клиническим пространством. В качестве яркого примера включения социологии в дело описания психической болезни можно привести знаменитый эксперимент Д. Л. Розенхана¹⁰⁴, в ходе которого психически здоровые люди обратились в двенадцать различных психиатрических больниц в США, заявив о наличии слуховых

¹⁰⁰ Townsend J.M. Cultural Conceptions and Mental Illness. A Comparison of Germany and America. Chicago & London: The University of Chicago Press, 1978. P. 11.

¹⁰¹ Scheff T.Z. Being Mentally Ill: A Sociological Theory. N.Y.: Aldine De Gruyter, 1999. P. 73.

¹⁰² Goffman E. Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings. N.Y.: The Free Press, 1963. P. 3.

¹⁰³ Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. NY: Anchor Books, 1961.

¹⁰⁴ Rosenhan D. L. On Being Sane In Insane Places // Science. New Series. 1973. Vol. 179. No. 4070. P. 250-258.

галлюцинаций. Все они были признаны психически больными и получили те или иные диагнозы (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз). В дальнейшем проводился ряд похожих экспериментов, которые недвусмысленно свидетельствовали о том, что психиатры не могут распознать наличие или отсутствие психической болезни и люди, не обладающие специальными глубокими знаниями, вполне могут вводить врачей в заблуждение. Значение этих экспериментов состояло, прежде всего, в том, что они продемонстрировали наличие в психиатрии проблем, вполне доступных для понимания неспециалисту и, тем самым, показали, насколько расширилось поле объяснения психической болезни.

Помимо этого, в XX веке в целом меняется отношение к наукам о человеке. В начале века само предположение о возможности и необходимости специальных научных методов, предназначенных для описания человеческой реальности и отличающихся от инструментария естественных наук, было новаторским и спорным. К концу XX века науки о человеке стали привычной частью ландшафта научного знания; современное знание более восприимчиво к «гуманитарным» методам. Разумеется, эти изменения нашли свое отражение в медицине и в частности в психиатрии.

Кроме того, важно отметить в контексте влияний на «философию психиатрии» проблематику философии науки. Одним из направлений работы в сфере «философии психиатрии» стали «вопросы, которые возникают, когда мы рассматриваем психиатрию в качестве специальной науки, используя методы и понятия философии науки»¹⁰⁵. Проблематика философии науки крайне обширна, но если рассматривать «философию психиатрии» в качестве философии конкретной научной

¹⁰⁵ Stanford Encyclopedia of Philosophy. (<http://plato.stanford.edu/entries/psychiatry/>)

дисциплины¹⁰⁶, в ней не поднимаются глобальные вопросы о природе научного знания, взаимосвязи метода и предмета науки и пр. Тем не менее, прогресс в философии науки, вполне вероятно, было одним из факторов, способствовавших развитию философии конкретных дисциплин. Помимо этого, во взаимодействии философии и науки наметилось еще одно направление, достаточно значимое в контексте «философии психиатрии». Речь идет об огромном комплексе этических проблем, которые получили свое рассмотрение, прежде всего, в рамках биоэтики и медицинской этики (healthcare ethics). Надо сказать, в комплексе этических проблем медицины психиатрическая проблематика не занимала центрального места, но, в конечном счете, «этика, уже регулирующая много в других сферах заботы о здоровье, приобрела в связи с глубокими философскими исследованиями большое значение и для психиатрии»¹⁰⁷; при этом рассмотрение этических проблем в сфере психической болезни было вполне вписано в уже существующую традицию.

Повлияли на возрождение в конце XX века «философии психиатрии» и изменения внутри самой философии. Кратко изложить основные изменения, которые произошли за столетие в области философии, невозможно, однако стоит отметить области, которые повлияли на «философию психиатрии». Согласно Фулфорду, «философия психиатрии» обязана развитию двух философских традиций: англо-американской и континентальной. Аналитическая философия привнесла установку на поиск ясных и точных значений,

¹⁰⁶ О специфике «философии психиатрии» как философии конкретной науки см. Косилова Е. В. Психиатрия: опыт философского анализа. М.: Проспект, 2014. С. 16. В данной работе понимание «философии психиатрии» не сводится к философскому анализу проблем отдельной научной дисциплины; тем не менее, этот аспект, безусловно, присутствует в поле исследований «философии психиатрии».

¹⁰⁷ Fulford K.W.M., Morris K.J., Sadler J.Z., et al. Op. cit. P. 34.

континентальная – внимание к смыслам и ценностям. Среди традиций континентальной философии, в наибольшей степени воспринятых «философией психиатрии», можно указать феноменологию, экзистенциализм и герменевтику.

В целом можно долго описывать ситуацию, в которой стало возможно появление – или возрождение – в конце XX века движения, задачей которого является философское осмысление психической болезни. Оказали свое влияние и общая гуманизация психиатрической практики, и широкий интерес к психической болезни со стороны разных дисциплин и, как следствие, размывание «монополии» врача на объяснение происходящего с пациентом, и широкий интерес к фигуре психически больного в культуре, и общее усиление влияния гуманитарных дисциплин, и усложнение как теоретической, так и практической психиатрии и, соответственно, возникновение новых проблем внутри самой дисциплины и многие другие факторы. Так или иначе, ситуация оказалась благоприятной для возрождения философского интереса к исследованию психопатологии.

1.3.2. Зарождение «философии психиатрии» в 1980-х и 1990-х годах

Первые явные следы, по которым можно было судить о «драматическом возвращении»¹⁰⁸ «философии психиатрии» в международную научную повестку, появились в 80-е годы XX века. В частности, на встрече Общества психологии и психиатрии (США) секция «философская психопатология» вызвала повышенный интерес; с того времени Американская Психологическая Ассоциация стала регулярно включать подобные секции в программу своих мероприятий. В университете Шеффилда (Великобритания) была создана

¹⁰⁸ Ibid. P. 1.

магистерская программа «философия, психиатрия и общество». В университетах США и Великобритании стали появляться академические группы сходной тематики.

На протяжении 90-х годов эти группы получили существенное распространение. В частности, группы, основной целью которых были исследования в сфере философии и психопатологии, появились в Германии, Франции, Италии, Дании, Финляндии, Нидерландах, Норвегии, Швеции, Австралии, Новой Зеландии и ряде других стран. Были созданы такие группы и в России: группа «Философия и психиатрия» под руководством Е. Б. Беззубовой и «Независимая психиатрическая ассоциация России» (Ю. С. Савенко)¹⁰⁹. Общее членство академических сообществ, занимающихся «философией психиатрии», превысило 2500 членов.

В это время был основан ряд научных сообществ, самыми значительными из которых стали «Ассоциация развития философии и психиатрии» (Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry); «Сеть философии и психиатрии» (Network for Philosophy and Psychiatry); «Континентальная философия и психиатрия» (Continental Philosophy & Psychiatry). Цель этих организаций – поддержка междисциплинарных инициатив (совместных исследований, конференций, образовательных программ).

В 1993 году начинает издаваться журнал «Философия, психиатрия и психология» (Philosophy, psychiatry and psychology), посвященный широкому междисциплинарному (прежде всего, философскому)

¹⁰⁹ Надо сказать, в России эта традиция не получила в дальнейшем серьезного развития. «Философия и психиатрия» на данный момент не функционирует, а деятельность Независимой психиатрической ассоциации заключается в основном в правозащитной активности.

исследованиям психопатологии, а также вопросам психиатрической методологии. Статьи по схожей проблематике начинают появляться и в таких междисциплинарных журналах, как «Журнал медицины и философии» (Journal of Medicine and Philosophy), «Философия, этика и гуманитарные науки в медицине» (Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine), «Медицина, здравоохранение и философия» (Medicine, Health Care and Philosophy); также философские исследования в сфере психической болезни начинают регулярно публиковаться в психиатрических журналах – «Общая психиатрия» (Psychopathology), «Мировая психиатрия» (World Psychiatry), «Психиатрическая эволюция» (L'Evolution Psychiatrique) и т.п.

Помимо этого, возникает первая кафедра «философии и психического здоровья» (Philosophy and Mental Health) в Уорикском университете, а Королевский Колледж психиатров (Royal College of Psychiatrists) в Великобритании добавляет в программу курс философии. В библиографическом индексе появляется категория «философия психиатрии». Кроме того, проходит ряд конференций, посвященных современным проблемам философии психиатрии, в том числе формируется набор ежегодных мероприятий, самой крупными из которых является «Международная конференция по философии, психиатрии и психологии» (International Conference on Philosophy, Psychiatry and Psychology).

Все эти факты свидетельствуют о том, что, по крайней мере, с формальной точки зрения, между философами и психиатрами сложились достаточно эффективные модели взаимодействия: сотни статей ежегодно, регулярные совместные конференции, конгрессы и школы с участием представителей этих дисциплин – это современная реальность «философии психиатрии».

1.4 Основные направления «философии психиатрии»

Распространенность и разветвленность современной «философии психиатрии» создает некоторые сложности для ее исследования. Если, например, в движении экзистенциально-феноменологической психиатрии можно было выделить ряд ключевых фигур, то обозначить ключевых мыслителей современной «философии психиатрии» гораздо труднее. Сложность этой задачи состоит не только в том, что спустя определенный промежуток времени проще понять, чей вклад оказался более значим. Определенную проблему представляет сама форма современной организации знания. Работы по «философии психиатрии» на сегодняшний день представлены множеством сборников, статей, журнальных выпусков и т.д. Исследованиями в этой области занимаются не только отдельные ученые, но также коллективы и группы. Даже незначительные по объему работы представляют те или иные значимые черты всего междисциплинарного проекта. Поэтому кажется логичным при описании современного периода заострять внимание не на персоналиях, а воспроизводить ключевые проблемы «философии психиатрии» по смысловому принципу¹¹⁰. Соответственно, наша задача заключается в том, чтобы выделить некоторые основные направления в «философии психиатрии» и обозначить основные вопросы, которые ставятся в рамках каждого из них.

Одно из достаточно распространенных на сегодняшний день направлений «философии психиатрии» - это анализ и прояснение тех определений, которые непосредственно используются в клинической практике. Определяя тот или иной термин, нужно учитывать множество факторов: опасность дать чересчур широкое или узкое определение,

¹¹⁰ При этом необходимо учитывать, что один и тот же ученый может принимать участие в работе различных направлений внутри «философии психиатрии».

необходимость согласования значения всех терминов, входящих в определение, и, разумеется, зависимость от контекста. В медицинской практике используется множество определений; некоторые феномены просты для определения и использования этого определения, некоторые куда более сложны. Термины, принадлежащие сфере психической болезни, обычно достаточно сложны как в употреблении, так и в определении. Задача философии в этом аспекте – помочь добиться ясных определений или, по крайней мере, обозначить границы неясности. Несмотря на то, что медицинское и философское понимание принадлежат разным уровням, любое прояснение полезно для непосредственной клинической работы.

Понятие, которое, наверное, в первую очередь, требует прояснения, - это само понятие болезни, а также понятие психической болезни. В каком-то смысле ситуацию с пониманием психической болезни можно описать, перефразируя Августина, так: мы прекрасно знаем, что такое болезнь, пока не думаем об этом, но стоит задуматься – и мы уже не знаем, что такое болезнь. «Большинство врачей никогда не задумываются даже на мгновение над такими терминами как «болезнь» (disease) или «заболевание» (illness)¹¹¹. Согласно Б. Хофманну¹¹², существуют три основные позиции по поводу понятия болезни: это неясное (vague), сложное (complex) или вовсе неопределимое (undefinable) понятие. «Неясность» понятия болезни определяется, в первую очередь, большим количеством пограничных случаев: можем ли мы назвать болезнью целлюлит, веснушки, неприятные ощущения при смене часовых поясов? Нет четких критериев, согласно которым мы

¹¹¹ Kendell R. The concept of disease and its implications for psychiatry // British Journal of Psychiatry. 1975. No. 127. P. 305–315.

¹¹² Hofmann B. The concept of disease—vague, complex, or just indefinable? // Medical Health Care and Philosophy. 2010. No. 13. P. 3–10.

могли бы однозначно определять, что будет считаться болезнью, а что – нет. Другая идея состоит в том, что «существует множество понятий болезни»¹¹³. Разные врачи (и не только врачи) в разных культурах и разных контекстах подразумевают под болезнью разное, и, по сути, болезнь – это не единое понятие, а целая «семья понятий»¹¹⁴. «Болезнь» может быть понята «через различные перспективы рассмотрения важных аспектов человеческой жизни»¹¹⁵: может подразумеваться исключительно физиологический факт, нежелательное субъективное состояние, понятое из личной перспективы («чувствовать себя больным»), социальный факт (неспособность выполнять функции здорового человека) и многие другие аспекты. Мысль о неопределимости болезни исходит из прагматических позиций: добиться четкого определения болезни «будет так сложно, что это неподходящая задача для любых практических целей»¹¹⁶.

Ситуация становится еще более сложной, когда нам надо определить понятие психической болезни. Для психических расстройств гораздо меньшее значение имеет физиологический аспект (*disease*) и гораздо больший – заболевание как состояние человека (*illness*). Существует мнение, что психическая болезнь может быть названа болезнью лишь в метафорическом смысле, и «обозначение болезни в прямом и в метафорическом смысле происходят совершенно по-разному и служат разным целям»¹¹⁷. Также в связи с этим возникает вопрос об оценочном элементе в определении. Даже если представить, что

¹¹³ Ibid. P. 5.

¹¹⁴ Stempsey W. Emerging medical technologies and emerging conceptions of health // *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2006. No. 27. P. 227–234.

¹¹⁵ Hofmann B. On the Triad Disease, Illness and Sickness // *Journal of Medicine and Philosophy*. 2002. No. 6. P. 651–673.

¹¹⁶ Hofmann B. The concept of disease—vague, complex, or just indefinable? P. 7.

¹¹⁷ Szasz Th. *Insanity: The Idea and Its Consequences*. New York: Wiley, 1990. P. 345.

возможно определить физическую болезнь (disease), не используя или практически не используя оценок («натуралистическая медицинская модель»¹¹⁸), то психическая болезнь (mental illness) несводима к такому пониманию, поскольку «психические состояния отнюдь не настолько нейтральны, как физиологические»¹¹⁹. Поэтому в определении психического заболевания большую роль будет играть не только констатация факта, но и приписывание ему ценности.

Таким образом, ввиду всех этих неясностей, одна из задач «философии психиатрии» - прояснить значения терминов, связанных с психической болезнью (как сам термин «болезнь», так и более узкие), их употребление, а также специфику, вызванную наличием ценностных аспектов. Используемый для этого метод – «концептуальный анализ, который сосредотачивается на различных употреблениях самого понятия, а не на самих психотических состояниях»¹²⁰.

Другое направление исследований, которое так же не затрагивает сами психотические состояния, - это анализ тех научных методов, которыми пользуется психиатрия, и некоторых ее предпосылок. Во-первых, необходимо просто очертить и классифицировать весьма сложный и запутанный набор методов, используемых в психиатрии. Например, согласно Д. Брендлу, среди подходов, используемых в психиатрии, можно выделить два основных полюса: редукционизм и эклектизм. Дальше всего в редукции сложных феноменов к какому-либо одному их аспекту заходят психоанализ и нейронауки. С другой

¹¹⁸ Fulford K.W.M. 'What is (mental) disease?': an open letter to Christopher Boorse // *Journal of Medical Ethics*. 2001. Vol. 27. No. 2. P. 80-85. P. 80.

¹¹⁹ Boorse C. On the Distinction between Disease and Illness // *Philosophy & Public Affairs*. 1975. No. 1. P. 49-68. P. 62.

¹²⁰ Heinema M.L.A. On the grammar of 'psychosis' // *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2000. No. 3(1). P. 39-46. P. 40.

стороны, биопсихосоциальная модель, «в которой признается и прославляется многомерная природа человеческого существования»¹²¹, страдает недостатком определенности. Классифицировать применяемые подходы, выделить их слабые и сильные стороны, а также предложить механизмы более эффективного их использования – вот в чем состоит одна из задач философа, который работает в этом направлении (в данном случае Брендел видит выход в прагматистском критерии выбора нужного подхода в конкретных случаях).

Помимо этого, поднимается вопрос об основаниях психиатрического знания и практики. В психиатрии связи между теорией и практикой устанавливаются достаточно неоднозначно, возможность построения единой модели находится под вопросом. Существует представление о «иерархической системе», где клиническая практика будет основана на полученных определенным образом доказательствах (доказательная медицина). «В широко используемой иерархии доказательств «высококачественным» доказательством считаются контролируемые рандомизированные испытания»¹²². Однако такой подход для психиатрии не может быть эффективным и тем более универсальным, поскольку «она находится в сфере между обобщенным знанием и встречей с отдельным пациентом»¹²³. В реальной практике имеет значение «скрытое знание» (по выражению М. Полани), с помощью которого врач может принимать верное решение. Кроме того, для психиатрии имеет значение непосредственное терапевтическое отношение, связанное с непосредственным контактом с пациентом, а

¹²¹ Brendel D.H. Reductionism, Eclecticism, and Pragmatism in Psychiatry: The Dialectic of Clinical Explanation // *Journal of Medicine and Philosophy*. 2003. Vol. 28, Nos. 5–6. P. 563–580. P. 565.

¹²² Berg E.M. Clinical Practice: Between Explicit and Tacit Knowledge, Between Dialogue and Technique // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2008. Vol. 15. No. 2. P. 151-157. P. 151.

¹²³ Ibid. P. 152.

также нарративная функция. Все это, разумеется, выходит за рамки возможной «иерархии доказательств». Таким образом, анализ соотношения теории и практики – еще одна задача, которую может ставить перед собой исследователь.

Также «философия психиатрии» может освещать предпосылки, стоящие за теми или иными теоретическими положениями психиатрии. Например, исследуется, какие положения лежат в основе психиатрических классификаций¹²⁴. Предлагаемая категориальная сетка устанавливает определенную структуру представлений о болезни, соответственно, изучая таксономию, можно ее выявить. Также исследуются, к примеру, механизмы проставления диагноза¹²⁵.

Но, кроме исследований подобного рода, в фокусе внимания которых находится терминология и методология психиатрии, существует большая группа исследований, которые обращаются непосредственно к реальности психической болезни. Объектом их изучения выступает сама реальность болезни, реальность опыта больного, а также те смыслы и ценности, которые возникают при таком рассмотрении. Во многом такие исследования следуют интенциям экзистенциально-феноменологической психиатрии; в частности, большое внимание уделяется изменениям темпоральности и пространственности, чувства Я, телесного опыта.

Приведем в качестве примера такого типа исследований группу работ, посвященных рассмотрению психических расстройств через призму воплощенности (embodiment). «Воплощенность» - интегральное

¹²⁴ См. Jablensky A., Kendell R.E. Criteria for assessing a classification in psychiatry // Psychiatric diagnosis and classification. Ed. By M. Maj, W. Gaebel, J. J. Lopez-Ibor, N. Sartorius. Chichester: Wiley, 2002. P. 1-24.

¹²⁵ Sadler J.Z. Diagnosis/antidiagnosis // The philosophy of psychiatry. A companion. Ed. by J. Radden. Oxford, New York: Oxford University Press, 2004. P. 163-179.

понятие, которое включает в себя собственно телесную воплощенность, включенность в сеть intersубъективных взаимодействий (на дорефлексивном уровне), а также пространственные и временные структуры опыта (lived time, lived space). Все это предполагает определенную «сонастроенность» (attunement), включенность в определенную ситуацию, способ гармоничного существования в мире. Соответственно, психические расстройства (шизофрения, депрессия, аутизм, некоторые другие) интерпретируются в рамках этого направления как проявления нарушения целостной воплощенности либо ее отдельных характеристик. Расстройства понимаются как «набор аномальных переживаний, возникающих вследствие расстройства воплощенности (embodiment): невоплощенность «Я», межличностных взаимоотношений, а также когнитивно-категориальных схем по отношению к внешним отсылкам»¹²⁶.

Например, вот как толкуется с этих позиций аутизм: суть заболевания состоит в том, что «аутизм влечет за собой нарушение приспособленности, то есть способности воспринимать существование других, интуитивно понимать проявления психической жизни других людей и общаться с другими, используя структуры с совместно разделяемым значением, таким образом, чтобы они соответствовали контексту»¹²⁷. У больного нарушается та самая дорефлексивная «воплощенность», которая для здорового человека является конститутивным моментом его существования в мире и дает ему возможность нормально функционировать.

¹²⁶ Stanghellini G., Ballerini M. What Is It like to Be a Person with Schizophrenia in the Social World? A First-Person Perspective Study on Schizophrenic Dissociality. Part 1: State of the Art // Psychopathology. 2011. No. 44. P. 172–182. P. 174.

¹²⁷ Stanghellini G., Ballerini M. What Is It like to Be a Person with Schizophrenia in the Social World? A First-Person Perspective Study on Schizophrenic Dissociality. Part 1: State of the Art. P. 173.

То же самое заболевание может пониматься в другой модели, также относящейся к сфере «философии психиатрии», совершенно иным образом. Например, для объяснения аутизма могут использовать модель психического состояния человека (theory of mind, ToM). «ToM предполагает, что мы рассматриваем других как обладающих интенциональными состояниями, такими как убеждения и желания, и используем это для объяснения и предсказания их поведения»¹²⁸. Больные шизофренией демонстрируют «подорванные» познавательные процессы на социальном уровне (sociocognitive), в частности способности ToM и распознавание эмоций. Этими нарушениями объясняется расстройство социального восприятия, т.е. способности видеть всю «картину» социальной игры (например, делать выводы из поспешных действий или правильно оценивать информацию, соответствующую контексту), авторского стиля и социального знания.

Помимо исследований, которые ставят своей задачей описать природу психического заболевания, используя ту или иную методологию, крайне распространено в исследованиях «философии психиатрии» специальное рассмотрение ценностных аспектов психического заболевания и этическая проблематика. Более того, существует мнение, что этические вопросы – это возможно, единственная сфера, «в которой, психиатры, возможно, думают, что им нужны услуги философов»¹²⁹. С одной стороны, доверие к философам в этой сфере способствует дисциплинарному диалогу, с другой «успех этики скорее увеличил, чем уменьшил разрыв между философией и практикой»¹³⁰, поскольку при поверхностном взгляде на область «философии психиатрии», может сложиться мнение, что вопросы этики

¹²⁸ Ibid. P. 175.

¹²⁹ Fulford K.W.M., Morris K.J., Sadler J.Z., et al. Op. cit. P. 7.

¹³⁰ Fulford B., Thornton T., Graham G. Op. cit.

– единственный предмет философского анализа в сфере психической болезни.

Специфика медицинской (и психиатрической) этики заключается в ее принципиальном отказе от универсализма; чаще всего в этой области превалирует подход, предполагающий внимание к конкретным случаям. Согласно Б. Фулфорду, Д. Дикенсону и Т. Мюррэй, базовым постулатом медицинской этики является «уважение к разнообразным ценностям»¹³¹, которых придерживаются пациенты или врачи. Кроме того, принципиальным является не регулятивное (что характерно для других областей этики), а партнерское отношение. Соответственно, в исследованиях по медицинской этике огромную роль играют конкретные случаи и их рассмотрение.

«Ценностный аспект» значим в «философии психиатрии» сразу по двум причинам. Во-первых, в «философии психиатрии» поднимаются проблемы, которые в принципе характерны для медицинской этики, – прежде всего, этическая оценка действий врача. Исследования, в фокусе которых находятся этические проблемы психиатрии, следуют в основном общим установкам медицинской этики и также делают упор на метод изучения отдельных случаев. Например, Г. Виддершовен и И. Виддершовен-Хердинг рассматривают три возможных этических установки (объективная объяснительная, субъективная интерпретативная и герменевтическая) по отношению к старческому слабоумию на конкретном примере¹³²: пациентка отказывается менять

¹³¹ Many Voices: Human Values in Healthcare Ethics // Healthcare Ethics and Human Values. An Introductory Text with Reading and Case Studies. Ed. by K.W.M. Fulford, D.L. Dickenson and T.H. Murray. Oxford: Blackwell Publishers, Ltd, 2002. Pp. 1-21. P. 4.

¹³² Widdershoven G. A. M., Widdershoven-Heerding I. Understanding dementia: a hermeneutic perspective // Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Ed. by K.W.M. Fulford, K. J. Morris, J. Z. Sadler et al. Oxford, New York: Oxford University Press, 2003. Pp. 93-102.

испачканное платье и агрессивно воспринимает попытки ей помочь. Авторы приводят аргументы в пользу герменевтического подхода к данному случаю, однако не претендуют на общезначимость выводов.

Вторая группа вопросов, требующих моральной оценки, - это неоднозначность возможного понимания действий психически больного. Зачастую история болезни (чаще всего, если речь идет о том или ином поведенческом расстройстве) включает в себя явные описания девиантного поведения, безусловно негативно оцениваемого обществом. Вопрос заключается в том, можно ли в принципе давать моральную оценку поведению психически больного человека. Кроме того, сами психиатрические термины могут быть нагружены негативной моральной оценкой (*vice-laden*)¹³³: язык медицинского описания имплицитно предполагает «виновность», «неправильность» пациента. Таким образом, возникает неразрешимый вопрос: стоит ли психиатрии полностью избегать моральных оценок? С одной стороны, привнесение моральных установок делает «медицинские понятия несостоятельными, поскольку они описывают не медицинские, а моральные категории»¹³⁴; с другой стороны, само понятие болезни ценностно нагружено, и полностью игнорировать этот аспект было бы неправильным. Соответственно, этот вопрос также становится предметом дискуссий «философии психиатрии».

Разумеется, заявленная проблематика не исчерпывает всех вопросов, которые интересуют «философию психиатрии». Возможно, в этом и состоит одна из ключевых особенностей современной «философии психиатрии» в сравнении с экзистенциально-

¹³³ Sadler J.Z. Vice and the Diagnostic Classification of Mental Disorders: A Philosophical Case Conference // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2008. Vol. 15. No. 1. P. 1-17. P.7.

¹³⁴ Ibid. P. 12.

феноменологической психиатрией начала XX века, «романтической психиатрией» XIX века или более ранними случаями взаимодействия философии и психиатрии. «Философия психиатрии» принципиально разнообразна и совмещает самые различные подходы. Пожалуй, единственное, что однозначно объединяет все исследования, - это интерес к феномену психической болезни. Несмотря на это разнообразие, все-таки можно условно выделить два основных направления: анализ терминологии и методологии психиатрической науки (а также сопряженных наук), с одной стороны, и анализ реальности психической болезни, попытка объяснения отдельных феноменов и связанных с ними смыслов и ценностей – с другой. Работы, принадлежащие первому из них, скорее отвечают задачам традиционных исследований в области философии специальных наук (в данном случае – психиатрии), а вторые затрагивают более широкий контекст и предполагают более тесное взаимодействие между дисциплинами. Анализ того, каким образом возможно такое взаимодействие и к каким результатам оно приводит, и будет составлять предмет дальнейшего исследования; для этого представляется необходимым обратиться к проблематике междисциплинарности научных исследований.

Глава 2. Междисциплинарность современной «философии психиатрии»

Несмотря на то что, как было продемонстрировано в первой главе, философия и психиатрия имеют длительную историю взаимодействия, современная «философия психиатрии» обладает особенностями, характерными именно для сегодняшнего этапа взаимодействия данных дисциплин. Прежде всего, современная «философия психиатрии» явно позиционирует себя как междисциплинарный проект. Однако заявка междисциплинарности в качестве базового методологического принципа требует серьезного прояснения. О междисциплинарности говорится в уставных документах ведущих организаций в этой сфере¹³⁵, в программных статьях теоретиков «философии психиатрии»¹³⁶, в книгах, освещающих основные положения данной сферы¹³⁷. Тем не менее, в данных текстах не проясняется, что именно является основанием для декларации междисциплинарности исследований в области «философии психиатрии». Между тем, прояснение этого положения кажется очень значимым, и декларация данного принципа представляется недостаточным основанием для того, чтобы утверждать, что исследования в сфере «философии психиатрии» носят междисциплинарный характер. Прежде всего, прояснение этого вопроса позволит показать, каким образом философия может обращаться к клиническому материалу, что является предпосылкой таких исследований¹³⁸.

¹³⁵ Association for the Advancement of Philosophy & Psychiatry. URL: <http://www3.utsouthwestern.edu/aapp/>.

¹³⁶ Banner N., Thornton T. The new philosophy of psychiatry: its (recent) past, present and future: a review of the Oxford University Press series International Perspectives in Philosophy and Psychiatry // Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. 2007. No. 2 (1). P. 9-23.

¹³⁷ Fulford B., Thornton T., Graham G. Op. cit.

¹³⁸ Fulford K.W.M., Morris K.J., Sadler J.Z., et al. Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychiatry // Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of

Прежде всего, следует прояснить само понятие междисциплинарности. Термин «междисциплинарность» сам по себе достаточно неоднозначен, и применение его к отдельной сфере требует обоснований и пояснений. Соответственно, задача данной главы будет состоять в том, чтобы, кратко рассмотрев спектр возможных способов понимания междисциплинарности, сделать вывод, какие аспекты этого понятия будут значимы для данной сферы и как можно будет проследить реализацию этих принципов в исследованиях «философии психиатрии».

2.1 Междисциплинарность: основные определения, типологии и проблемы

Во многих текстах, посвященных феномену междисциплинарности, отмечаются два аспекта, характеризующие современное состояние: с одной стороны, распространенность междисциплинарных исследований и широкую популярность данного термина, а с другой – неопределенность понятия «междисциплинарность» и недостаток работ, которые могли бы прояснить его значение. О междисциплинарных исследованиях говорят как о значимой составляющей интеллектуального ландшафта второй половины XX и начала XXI века. Междисциплинарность называют «значительным предметом для академически ориентированного дискурса о производстве знания и проведении исследований»¹³⁹; междисциплинарные инициативы получают все большее распространение; более того, «междисциплинарность» в последние годы стала, по выражению Михаэля Хофмана и соавторов, «модным

psychiatry. Ed. by K.W.M. Fulford, K. J. Morris, J. Z. Sadler et al. Oxford, New York: Oxford University Press, 2003. P. 1-41. P. 14.

¹³⁹ Huutoniemi K., Klein J. T., Bruun H., Hukkinen J. Analyzing interdisciplinarity: Typology and indicators // Research Policy. 2010. No. 39. P. 79–88. P. 79.

словечком»¹⁴⁰. Этот термин включается в концептуальный словарь различных академических и исследовательских организаций¹⁴¹. Однако, несмотря на распространенность и общепризнанность междисциплинарной модели исследований, многие отмечают недостаток определенности в понимании этого понятия.

Стоит разграничить простую фиксацию неопределенности понятия и утверждение о необходимости дополнительной рефлексии. Во многих текстах констатируется, что у нас нет четкого понимания того, чем в действительности является междисциплинарность. По словам М. Хофмана и соавторов, «значение этого термина подвижно»¹⁴²; Дж. Кляйн и ее коллеги отмечают, что междисциплинарность – «всеохватный и неопределенный концепт»¹⁴³. М. Стэмбер указывает, что это понятие крайне «запутанное» и иногда становится «искаженным термином (misnomer)»¹⁴⁴. Помимо этого, утверждается необходимость рефлексии по поводу содержания этого термина. В частности, И. Т. Касавин замечает, что «междисциплинарные исследования являются повседневным делом, но еще не стали предметом серьезного философского и научного осмысления»¹⁴⁵. Хофман подчеркивает, что, помимо этого, «позыв к прояснению и философской рефлексии»¹⁴⁶

¹⁴⁰ Hoffmann M. H. G., Schmidt J. C., Nersessian N. J. *Philosophy of and as Interdisciplinarity // Synthese*. 2013. Vol. 190. No. 11. P. 1857-1864. P. 1857.

¹⁴¹ Committee on Facilitating Interdisciplinary Research and Committee on Science, Engineering, and Public Policy, *Facilitating Interdisciplinary Research*, The National Academies. The National Academies Press, Washington, DC; European Union Research Advisory Board (EURAB), 2004. *Interdisciplinarity in Research*; Organisation for Economic Cooperation Development (OECD), 1998. *Interdisciplinarity in Science and Technology*. OECD/Directorate for Science, Technology and Industry, Paris.

¹⁴² Hoffmann M. H. G., Schmidt J. C., Nersessian N. J. *Op. cit.* P. 1861.

¹⁴³ Huutoniemi K., Klein J. T., Bruun H., Hukkinen J. *Op. cit.* P. 80.

¹⁴⁴ Stember M. *Advancing the Social Sciences Through the Interdisciplinary Enterprise // The Social Science Journal*. 1991. Vol. 28. No. 1. P. 1-14. P. 4.

¹⁴⁵ Касавин И.Т. *Междисциплинарные исследования в контексте рефлексии и габитуса // Междисциплинарность в науках и философии*. М.: ИФ РАН, 2010. С. 15-35. С. 15.

¹⁴⁶ Hoffmann M. H. G., Schmidt J. C., Nersessian N. J. *Op. cit.* P. 1857.

относится не только к самой междисциплинарности, но и к сопряженным понятиям, таким как «дисциплина» или «интеграция».

2.1.1 Широкое и узкое значение понятия «междисциплинарность». Типологии междисциплинарности

Прежде всего, неоднозначность понятия «междисциплинарность» часто связывают с тем, что одно слово выступает обозначением для множества различных явлений. Согласно Кляйн, существует «множество междисциплинарностей»¹⁴⁷; это различные формы организации знания, каждая из которых обладает своей спецификой. По словам Дж. Грикса, именно тот факт, что термин «междисциплинарность» используется для обозначения различных явления, является одной из причин его неоднозначности: «дискуссии о междисциплинарности часто сбивают с толку, особенно в силу того, что сам термин используется неправильно и путается с трансдисциплинарностью, кросс-дисциплинарностью и мультидисциплинарностью»¹⁴⁸.

Стэмбер предполагает, что эта путаница связана с тем, что многие ученые неспособны разграничить широкое и узкое значение термина. В широком смысле междисциплинарностью называют взаимодействие дисциплин, включающее «по меньшей мере двух участников, представляющих по меньшей мере две дисциплины и обязательства работать совместно определенным способом в определенной сфере»¹⁴⁹. Под такое определение можно подвести практически любой тип взаимодействия между представителями различных областей знания. Междисциплинарность в узком смысле – это более специфичное понятие, которое предполагает «специфический тип внедисциплинарной

¹⁴⁷ Klein J. T. *Crossing Boundaries. Knowledge, Disciplinarity, and Interdisciplinarity*. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996. P. 153.

¹⁴⁸ Grix J. *The foundations of research*. New York: Palgrave Macmillan, 2004. P. 97.

¹⁴⁹ Stember M. *Op. cit.* P. 4.

инициативы, отличный от других подходов к исследовательской работе и образованию, таких как кроссдисциплинарность или мультидисциплинарность»¹⁵⁰.

Таким образом, междисциплинарность противопоставляется другим понятиям, которые также описывают определенные типы дисциплинарного взаимодействия. Встает вопрос об их соотношении. Г. Блэквелл предлагает следующую схему: существует континуум, на одном полюсе которого находится одинокий исследователь, работающий в рамках одной дисциплины, на другом – мультидисциплинарная команда исследователей из различных дисциплин, коллективно работающих над одной проблемой¹⁵¹. Более традиционный взгляд, который обычно излагается не только в научных статьях¹⁵², но и в официальных документах научных организаций¹⁵³ и в учебных пособиях¹⁵⁴, предполагает наличие четко разграниченных форм дисциплинарного взаимодействия. Классификации могут различаться; приведем несколько примеров.

В частности, согласно Стэмбер, формы дисциплинарного взаимодействия разделяются на кроссдисциплинарные, мультидисциплинарные, собственно междисциплинарные и трансдисциплинарные. Кроссдисциплинарность предполагает «взгляд на

¹⁵⁰ Ibid.

¹⁵¹ Blackwell G. W. Multidisciplinary Team Research // *Social Forces*. 1955. No. 33. P. 367-374.

¹⁵² Piaget J. The epistemology of interdisciplinary relationships/ *Interdisciplinarity: Problems of teaching and research in universities*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development. 1972. P. 127-139; Meeth R. *Interdisciplinary Studies A Matter of Definition* // *Change*. 1978. Vol. 10. No. 7. P. 10; Petrie H. G. Do You See What I See? The Epistemology of Interdisciplinary Inquiry. *Educational Researcher*. 1976. Vol. 5. No. 2. P. 9-15; Stember M. Op. cit.; Федорова О. В. А и Б сидели на трубе, или Междисциплинарность когнитивных исследований // *Логос*. 2014. №1 (97). С. 19-34.

¹⁵³ Organisation for Economic Cooperation Development (OECD). *Interdisciplinarity in Science and Technology*. OECD/Directorate for Science, Technology and Industry, Paris, 1998.

¹⁵⁴ Grix J. Op. cit. P. 97.

одну дисциплину из перспективы другой»¹⁵⁵; примерами могут служить такие вполне привычные формы организации знания, как история искусства. Мультидисциплинарность создает ситуацию, когда в одном исследовании соприкасаются несколько дисциплин, каждая предлагает разную перспективу по отношению к одной проблеме. В случае междисциплинарности «необходима интеграция вкладов, которые вносят различные дисциплины»¹⁵⁶. При таком взаимодействии независимые части знания приводятся к гармоничному целому. И, наконец, трансдисциплинарность предполагает «единство интеллектуальной рамки (framework)»¹⁵⁷; О. В. Федорова, развивая эту мысль, утверждает, что трансдисциплинарность – это «высшая (и на современном уровне развития науки, видимо, недостижимая) степень интердисциплинарного¹⁵⁸ взаимодействия, при которой отдельные науки превращаются в единую научную дисциплину со своей теоретической базой и методологией»¹⁵⁹. Возвращаясь к вопросу о широком и узком смысле понятия «междисциплинарность», стоит сказать, что, согласно данной классификации, собственно междисциплинарной инициативой может быть названа та, которая «требует большей или меньшей интеграции и даже модификации вкладов отдельных дисциплин в ходе исследования»¹⁶⁰.

Немного иную классификацию предлагает Касавин. Эта классификация разграничивает мультидисциплинарные, междисциплинарные и трансдисциплинарные системы. К первому типу относят случаи, в которых «дисциплинарная онтология и методы» одной

¹⁵⁵ Stember M. Op. cit. P. 4.

¹⁵⁶ Ibid.

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ В статье Федоровой используется термин «интердисциплинарный». В данном тексте термин «interdisciplinary» переводится как «междисциплинарный».

¹⁵⁹ Федорова О. В. Указ. соч. С. 25.

¹⁶⁰ Stember M. Op. cit. P. 5.

дисциплины используются для работы в другой (примерами выступают биофизика, геоботаника и пр.)¹⁶¹. В таких исследованиях сохраняется «различие предметов, методов и результатов взаимодействующих дисциплин»¹⁶². Междисциплинарные исследования, напротив, характеризуются созданием новой онтологии, новой методологии и меньшей четкостью границ между областями знания. Трансдисциплинарные системы характеризуются «принципиальным игнорированием м-границ [границ между дисциплинами]»¹⁶³. Такие исследования предполагают, по сути, создание новой области знания, независимой от дисциплин-участниц взаимодействия, примерами чего являются теория систем или теория информации. В данной типологии основанием для выделения междисциплинарности в узком смысле является четкость границ между дисциплинами: в том случае, когда такие границы жестко заданы, а используемая онтология и методы четко приписаны к отдельным дисциплинам, можно говорить только о мультидисциплинарности. Напротив, когда две дисциплины сливаются в одну, возникает ситуация трансдисциплинарности.

Радикальность изменений, которые происходят в ситуации трансдисциплинарности, в отечественной традиции связывают также с «неклассической» научной рациональностью. Если классическое междисциплинарное взаимодействие представляет собой «форму совместной работы различных дисциплин над *всеобщей* и *единой* научной картиной мира»¹⁶⁴, в неклассической науке возможность такой картины и, как следствие, сотрудничества дисциплин по обмену информацией о разных элементах этой картины, становится

¹⁶¹ Касавин И. Т. Междисциплинарное исследование: к понятию и типологии. С. 65.

¹⁶² Там же.

¹⁶³ Там же.

¹⁶⁴ Порус В. Н. От «междисциплинарности» к «трансдисциплинарности»: мосты между философией науки и философией культуры. В печати.

невозможно. Таким образом, трансдисциплинарность оказывается скорее «формой обмена смыслами», которые могут принципиально различаться у участников взаимодействия.

Возможны и другие классификации. Например, схему из пяти категорий предлагает А. Карлквист. Основанием для вычленения типов междисциплинарного взаимодействия выступает в его модели близость областей знания. Первый тип междисциплинарности он называет «унификацией знания». При таком типе взаимодействия «работа, которая ранее ассоциировалась с двумя и более вещами и отсылала к междисциплинарности, теперь выходит за пределы и становится новой дисциплиной»¹⁶⁵. Вторым типом междисциплинарной работы он называет «аккумуляцией знания»: в этом случае дисциплины вносят свой вклад в исследование, но не подвергаются влиянию друг друга (такая ситуация похожа на то, как обычно трактуется мультидисциплинарность). Третий модус междисциплинарности предполагает, что «знание из разных областей совместимо, но требует дополнительной интерпретации, чтобы быть значимым»¹⁶⁶. В четвертом модусе различаются не только теории, объясняющие то или иное явление, но и базовые парадигмальные модели, которым они принадлежат. И пятый тип дисциплинарного взаимодействия происходит между принципиально разными сферами, где знание не может быть совмещено; массивы знания из разных сфер могут только дополнять друг друга. Карлквист не выделяет междисциплинарность в узком смысле, но эта схема также демонстрирует, насколько разные – в данном случае различающиеся по степени близости областей знания – типы научного взаимодействия могут быть обозначены одним и тем же словом.

¹⁶⁵ Karlqvist A. Going beyond Disciplines: The Meanings of Interdisciplinarity // Policy Sciences. 1999. Vol. 32. No. 4, The Theory and Practice of Interdisciplinary Work. P. 379-383. P. 380.

¹⁶⁶ Ibid. P. 381.

Предпринимаются также попытки уточнить понятие междисциплинарности в узком смысле. В частности, такую подклассификацию приводит Кляйн и соавторы. Принимая традиционное деление междисциплинарности в широком и в узком смысле и выделение собственно междисциплинарных исследований, характеризующихся «формированием гармоничного целого» и «значимостью за пределами контекста одного поля специализации»¹⁶⁷, они в дальнейшем уточняют значение междисциплинарности в узком смысле. Эта подклассификация основывается на методологической роли, которую играет интеграции дисциплин: «проанализировать различные типы эмпирического материала, совместить методы нескольких дисциплин или работать над теоретическими инструментами для интегративного анализа»¹⁶⁸. Первый тип интеграции, направленный на анализ разнородных эмпирических данных, Кляйн и соавторы называют эмпирической междисциплинарностью; второй тип – методологическая междисциплинарность – предполагает кооперацию различных методов, причем не просто о совместном использовании различной методологии, но о развитии методов в контексте междисциплинарного исследования. И, наконец, в случае теоретической междисциплинарности «исследование объединяет или противопоставляет концепты, модели или теории, принадлежащие более чем одному полю, для развития новых теоретических средств междисциплинарного исследования»¹⁶⁹.

2.1.2 Метафоры междисциплинарности

Другая стратегия прояснить понятие междисциплинарности заключается, напротив, в том, чтобы, вместо уточнения типологии и разграничения нюансов, предложить такую схему, которая схватывала

¹⁶⁷ Huutoniemi K., Klein J. T., Bruun H., Hukkinen J. Op. cit. P. 83.

¹⁶⁸ Ibid. P. 84.

¹⁶⁹ Ibid.

бы сущностные черты взаимодействия между дисциплинами. В силу того, что, как уже было показано, такое взаимодействие может быть очень разнообразным, «общее» описание зачастую оказывается метафоричным.

Одной из самых ярких и признанных метафор, вокруг которых строится модель междисциплинарного научного знания, является предложенное П. Галисоном понятие «зон обмена». Галисон выдвигает провокативный тезис, согласно которому «разобщенность, вопреки нашей интуиции, является залогом мощи и стабильности науки»¹⁷⁰. Для описания этой «продуктивной разобщенности» Галисон предлагает картину «многослойной» науки. Такая картина противопоставляется конкурирующим моделям: «и позитивистская, и антипозитивистская периодизации были в чем-то эпохальными. Они обе искали и нашли единый подход к описанию всей науки: подход позитивистов был основан на наблюдениях, подход антипозитивистов - на теории. И те и другие сходились на том, что язык лежит в основании науки, только позитивисты искали язык опыта, а антипозитивисты считали главными теоретические термины»¹⁷¹. «Многослойная» модель, напротив, позволяет проанализировать развитие науки на разных уровнях. Согласно Галисону, в науке сосуществуют разные «культуры», каждая из которых обладает своим языком: теоретизирование, эксперимент, а также такие рутинные практики, как изготовление инструментов. Развитие различных слоев нелинейно – непрерывное развитие на одном уровне может привести к резкому скачку на другом. При этом в данной модели значение отдельных слоев примерно равно (по сравнению с антипозитивизмом, где главенствующую роль играют теории, и

¹⁷⁰ Галисон П. Зона обмена: координация убеждений и действий // Вопросы истории естествознания и техники. 2004. № 1. С. 64–91. С. 66.

¹⁷¹ Там же. С. 70.

позитивизмом, для которого значение имеет только экспериментальная практика).

Однако модель Галисона предполагает не только сосуществование независимых слоев, но и возможность их взаимодействия и взаимовлияния. Различные научные «культуры» иногда «пересекаются и даже преобразуют друг друга, но при этом не теряют своей самостоятельности»¹⁷². Культуры вступают во взаимодействие, вырабатывая языки, на которых возможен контакт, - такие языки функционально являются чем-то вроде пиджина (развивая эту метафору, Галисон предполагает, что в случае создания нового направления такой язык может занять роль креола – языка новой группы). Для объяснения этого феномена Галисон вводит аналитическое понятие «зоны обмена», которое обозначает «социальное и интеллектуальное пространства, в котором связываются воедино дотоле разобщенные традиции экспериментирования, теоретизирования и изготовления научных инструментов»¹⁷³. Например, теоретики предлагают предсказания экспериментов, экспериментаторы – фактические результаты. Такая «зона обмена» строится по принципу установления эквивалентности «товаров». Природа обмена для его участников может представляться по-разному. В частности, в разных теориях термин «масса» понимался по-разному. Однако, хотя понятие трактуется различным образом, «в лабораториях Кауфмана и Бюкерера, в мире фотографических пластинок, медных трубок, электрических полей и горячих кусков проволоки, способных испускать электроны, экспериментаторы и теоретики выработали эффективный, хотя и ограниченный, способ координации убеждений и действий»¹⁷⁴.

¹⁷² Там же. С. 66.

¹⁷³ Там же. С. 76.

¹⁷⁴ Там же. С. 78.

Метафора Галисона относится к области физики. Тем не менее, в дальнейшем она успешно применялась по отношению к другим сферам, в частности, когнитивным наукам¹⁷⁵. Что значимо в этой модели? Прежде всего, образ «зон обмена», хотя и не дает схемы контакта различных «культур», все же позволяет довольно явно описать характерные черты такого взаимодействия. Прежде всего, метафора «обмена» предполагает взаимность. Влияния между различными областями происходит сразу в двух (или более) направлениях. Кроме того, логика этой метафоры предполагает взаимовыгодность «обмена»: каждая из «культур» получает в ходе взаимодействия значимый для нее результат. Кроме того, постулируется необходимость наличия некоего общего языка, который выступает условием возможности взаимодействия.

Довольно похожими характеристиками обладает еще одна метафора междисциплинарного взаимодействия, сформулированная в отечественной традиции. В. Н. Порус предлагает образ «Моста Интерпретаций» для описания дисциплинарного взаимодействия; эта метафора используется для рассмотрения конкретных случаев взаимодействия, которые реализуются в социальной эпистемологии и культурно-исторической психологии. «Мост» в случае социальной эпистемологии соединяет социологию знания с философией. Встреча на мосту представителей этих дисциплин может «стать либо церемониальной демонстрацией взаимной вежливости, либо, напротив, поводом для перечня взаимных «болей, бед и обид». Но может быть и по-другому. Если она будет вызвана реальными потребностями обеих сторон, удовлетворяемыми только совместными действиями»¹⁷⁶. Такие

¹⁷⁵ Тагард П. Междисциплинарность: торговые зоны в когнитивной науке // Логос. 2014. №1 (97). С. 35-60.

¹⁷⁶ Порус В. Н. Указ. соч.

потребности могут возникать в каждой из рассматриваемых дисциплин: социологам необходимо прояснить противоречия, возникающие при объяснении ситуаций в научных исследованиях, философам – получить фактическое подкрепление своих идей. Так происходит процесс взаимообмена: философские тезисы оказываются в зависимости от социологических фактов, а те, в свою очередь, подвергаются, философской интерпретации.

В данной модели особое значение приобретает проблема интерпретации. Анализируя пример восприятия в философии концепции Р. Мертона, Порус показывает, что «прочтение мертоновской концепции философами было не чем иным, как интерпретацией»¹⁷⁷. Однако если главное событие, которое происходит при контакте дисциплин, - это интерпретация, то стоит также учитывать, что интерпретация не может быть единственной. Зачастую одна и та же фактическая информация может быть объяснена средствами различных концепций. Поэтому «Мост Интерпретаций» превращается в зону «конкуренции философских интерпретаций социологических, исторических, социально психологических данных»¹⁷⁸.

Метафора «Моста Интерпретаций» во многом сходна с метафорой «зон обмена»: в обоих случаях утверждается взаимность и взаимовыгодность процессов. Также предполагается, что необходимы некоторые интерпретативные практики («интерпретация» или создание «общего языка»), которые позволили бы достичь хотя бы частного взаимопонимания и перевода данных различных дисциплин. Однако образ «Моста Интерпретаций», кроме того, делает видимым еще одну характеристику междисциплинарного взаимодействия: в зонах, где

¹⁷⁷ Там же. С. 289.

¹⁷⁸ Там же. С. 293.

пересекаются интересы различных дисциплин, существует повышенный шанс на возникновение ситуации конфликтующих интерпретаций, дискуссий, неоднозначного толкования тех или иных данных.

2.1.3 «Междисциплинарность» конкретных исследований: критерии и проблемы

Несмотря на огромное количество работ, посвященных определению междисциплинарности или классификации типов междисциплинарного взаимодействия, применимость отдельных концепций междисциплинарности к конкретному материалу зачастую составляет большую проблему. Во-первых, в силу существования очень разных представлений о междисциплинарности, перед исследователем встает задача выбора одной из моделей. Также стоит учитывать, что один и те же термины (например, категории «мультидисциплинарности» и «трансдисциплинарности», понятия «дисциплины» или «границ между дисциплинами») наделяются в разных концепциях разным смыслом.

Существует и другая, не менее важная проблема, на которую обращает внимание Кляйн и соавторы¹⁷⁹. Они критикуют модели междисциплинарности, представленные во многих исследованиях, за отсутствие четкой операционализации. Иными словами, их претензия заключается в том, что, исходя из существующих типологий междисциплинарности, не всегда можно однозначно решить применительно к конкретному исследованию, является ли оно действительно междисциплинарным. Этот упрек кажется справедливым; более того, он справедлив также и для типологии, которая предлагается в работе Кляйн и ее коллег. Когда в качестве критерия междисциплинарности выступают такие размытые определения, как «формирование гармоничного целого» или «интеграция вкладов,

¹⁷⁹ Huutoniemi K., Klein J. T., Bruun H., Hukkinen J. Op. cit. P. 80.

которые вносят различные дисциплины», использование их в качестве работающих критериев представляется весьма затруднительным.

Возможно, единственный подход к анализу междисциплинарности, в котором наличие четких операционализируемых критериев не вызывает сомнения, – это количественные исследования, проводимые в рамках наукометрии. В таких исследованиях не возникает подобного рода проблем, поскольку за основу берутся формальные показатели, например, аффилиация авторов. Однако в рамках такого подхода невозможно изучать собственно взаимодействие дисциплин, поскольку в нем используется информацию об исследователе «вместо анализа содержания самой междисциплинарной работы»¹⁸⁰. За рамками исследования оказывается вся суть взаимодействия различных исследовательских областей, исследовательских практик и концептуальных схем.

Соответственно, когда нам предстоит проанализировать ту или иную сферу исследований из перспективы междисциплинарности научных взаимодействий, необходимо решить несколько задач. Во-первых, нужно обозначить те аспекты, которые будут считаться характерными для междисциплинарного взаимодействия. Во-вторых, стоит продемонстрировать, как эти аспекты реализуются в конкретных исследованиях (делая акцент не на формальные показатели, а на содержание). В-третьих, стоит отдавать себе отчет в том, что не существует четких критериев, которые позволили бы однозначно свидетельствовать о подлинно междисциплинарном взаимодействии в той или иной сфере. Поэтому такая работа не сможет дать в качестве результата однозначное суждение о наличии или отсутствии

¹⁸⁰ Ibid.

междисциплинарности в данной сфере, но может служить задаче уточнения специфики взаимодействия между дисциплинами.

В данной работе предполагается сделать акцент, прежде всего, на следующих характеристиках междисциплинарных взаимодействий: с одной стороны, в таких взаимодействиях принимают участие разные, независимые дисциплины (которые не сливаются в одну), с другой стороны, эти дисциплины влияют друг на друга, «пересекаются и даже преобразуют друг друга, но при этом не теряют своей самостоятельности»¹⁸¹. Таким образом, мы должны зафиксировать создание новой для каждой из дисциплин знания, обладающего «значимостью за пределами контекста одного поля специализации»¹⁸², а также модификацию их отдельных положений. Кроме того, для нас важным аспектом междисциплинарности будет «взаимовыгодность» контакта дисциплин. Вклад, который вносит подключение аппарата другой дисциплины, вызывается «потребностями обеих сторон, удовлетворяемыми только совместными действиями»¹⁸³, а не критической экспансией одной дисциплины в предметную область другой.

Кроме того, стоит сделать еще одно предварительное замечание, которое будет иметь значение при обращении к области «философии психиатрии». Когда мы используем выражение «философия психиатрии», кажется очевидным, что речь идет о взаимодействии двух дисциплин. На деле ограничение поля исследований вопросами исключительно философии и психиатрии является упрощением: не всегда можно четко разделить проблемы философии и психиатрии от вопросов психологии, медицинской этики и даже социологии. В данной

¹⁸¹ Галисон П. Указ. соч. С. 66.

¹⁸² Huutoniemi K., Klein J. T., Bruun H., Hukkinen J. Op. cit. P. 83.

¹⁸³ Порус В. Н. Указ. соч. С. 286-287.

работе мы будем говорить о взаимодействии двух дисциплин – философии и психиатрии; это отвечает целям работы, потому что в фокусе ее рассмотрения находится взаимодействие и взаимовлияние этих областей знания. Тем не менее, стоит понимать, что такой ход имеет аналитический характер, и в работе, посвященной более подробной реконструкции направления «философии психиатрии», будет желательно рассмотреть также вопросы смежных дисциплин.

2.2 Междисциплинарность современной «философии психиатрии»: перспектива исследования

Одна из характерных черт, присущих современной «философии психиатрии», - это настрой на взаимовыгодное сотрудничество дисциплин. В экзистенциально-феноменологической психиатрии были достаточно сильны критические установки по отношению к традиционной позитивной науке и, как следствие, интенции на создание «обновленной» психиатрии, основанной на использовании философской методологии. В движении антипсихиатрии критика по отношению к принятой научной практике была центральным моментом. Современная «философия психиатрии», напротив, «знаменательна духом коллегиальности»¹⁸⁴. Разумеется, исследования в рамках «философии психиатрии» зачастую подвергают критике отдельные установки, методы и данные науки, но для современного периода не характерно отрицание науки в целом. Скорее, «философия психиатрии» предлагает схему сотрудничества, в которой философия, с одной стороны, интерпретирует научные данные, с другой, напротив, «информирует эмпирическую науку»¹⁸⁵, задавая ей новые схемы для практической работы. Философы «оспаривают те истины, которыми мы [психиатры]

¹⁸⁴ Fulford K.W.M., Morris K.J., Sadler J.Z., et al. Op. cit. P. 10.

¹⁸⁵ Ratcliffe M. Phenomenology Is Not a Servant of Science // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2011. Vol. 18. No. 1. P. 33-36. P. 35.

руководствуемся в нашей профессиональной жизни»¹⁸⁶, но задача этой работы по «оспариванию истин» не в том, чтобы отвергать научные установки, а в том, чтобы их совершенствовать. Диалог между дисциплинами, результативный для каждой из них, и принципиальная открытость и готовность к сотрудничеству участников этого взаимодействия заявляется в качестве базовой модели, которая организует работу в сфере «философии психиатрии»: «знак новой «философии психиатрии – открытость и щедрость по отношению к каждому, независимо от дисциплинарной, национальной, культурной и языковой принадлежности»¹⁸⁷.

Но, помимо установки на взаимовыгодное сотрудничество, для утверждения междисциплинарности нужно также проследить действительный вклад, которая вносит каждая из дисциплин, производство знания, значимого за пределами одного поля, а также модификацию отдельных положений взаимодействующих дисциплин.

Вклад философии в психиатрическую науку и практику периодически становится предметом рефлексии отдельных представителей «философии психиатрии». В частности, следует отметить статью «Что философия может сделать для психиатрии?»¹⁸⁸ Фулфорда, Стангеллини и Брума, в которой выделяются пять направлений, в которых проявляется влияние философии на психиатрию: это формирование практики, ориентированной на внимание к пациенту; формирование новой модели оказания услуг в сфере психиатрии (организация работы представителей разных областей, не только психиатров, но и психологов или социальных

¹⁸⁶ The philosophy of psychiatry. A companion / Ed. by J. Radden. P. 7.

¹⁸⁷ Fulford K. W. M., Morris K. J., Sadler J. Z., et al. Op. cit. P. 10.

¹⁸⁸ Fulford K. W. M., Stanghellini G., Broome M. What can philosophy do for psychiatry? // World Psychiatry. 2004. No. 3(3). P. 130–135.

работников), научные исследования психических болезней (философия задает определенные модели интерпретации), вклад в образование, а также обеспечение площадки для широкого диалога. Поднимается этот вопрос и в книге «Руководство по философии и психиатрии»¹⁸⁹. Авторы понимают влияние философии более широко. С их точки зрения, воздействие философии происходит в трех направлениях. Во-первых, философия дает возможность рассмотрения мировоззренческих проблем, которые возникают в психиатрической науке и практике, во-вторых, рассматривает психиатрию через призму отдельных областей философии (этика, эпистемология, история идей), в-третьих, осуществляет концептуальный анализ и за счет этого проясняет некоторые «смутные» моменты. Радден в сборнике «Философия и психиатрия» считает основным вкладом философии критическое рассмотрение привычных психиатрических установок.

Все эти версии, безусловно, имеют под собой серьезные основания. Но поскольку, как было показано выше, «философия психиатрии» - поле разнородных исследований, имеет смысл также исследовать воздействие философии на психиатрию в рамках отдельных исследований. В этой работе мы рассмотрим на примере конкретных исследований (либо групп исследований), что изменяет философия в поле рассмотрения психической болезни и что из этого извлекает психиатрия.

Другая сторона вопроса – вклад психиатрии в философию – освещена хуже. Данные, которые возникают при исследовании психической болезни (прежде всего, философскими средствами), могут давать «научную поддержку философским теориям»¹⁹⁰ или, напротив,

¹⁸⁹ Fulford B., Thornton T., Graham G. Op. cit.

¹⁹⁰ Stanford Encyclopedia of Philosophy.

ставить под сомнение те или иные философские положения. Также обращение к такому «пограничному» материалу, как психическая болезнь, позволяет очертить границы применения той или иной методологии. В этой работе также будут показаны возможные воздействия, которые оказывает исследование психической болезни на философию.

Если мы действительно сможем проследить линии взаимного воздействия философии и психиатрии, изменяющие, расширяющие или подвергающие сомнения некоторые положения обеих дисциплин, то можно будет утверждать наличие хотя бы отдельных случаев эффективного междисциплинарного взаимодействия. Поскольку попытка создать условия для такого взаимодействия – это одна из основных задач всего проекта «философии психиатрии», то это будет достаточно значимо для оценки результатов работы в этой сфере и возможных выводов о ее будущем. «Возможен вариант, - пишет Торнтон в книге «Главное о философии психиатрии», - что сегодняшнее разнообразие новой «философии психиатрии» - это временное явление»¹⁹¹. Такое развитие событий кажется возможным, в случае если проект «философии психиатрии» является следствием интереса лишь узкой группы (например, представителей философии сознания или феноменологии). Если же «философия психиатрии» - это все-таки, в первую очередь, «философия о психическом здоровье и для него»¹⁹², то это явление отвечает глобальному запросу, который присутствовал в сфере объяснения психического здоровья еще в античности – запросу на объяснение смыслов в сфере психической болезни и исследованию оснований науки о ней. Если философия и психиатрия способны влиять

¹⁹¹ Thornton T. Op. cit. P. 236.

¹⁹² Ibid.

друг на друга и переопределять сферу исследования психической болезни, то эта область предоставляет огромное поле для будущего взаимодействия.

Глава 3. Методы воздействия философии на психиатрию

Возможный вклад философии в психиатрическую науку, влияние философских исследований на формирование знания о психических болезнях и на методы их лечения – ключевой вопрос для оценки перспектив междисциплинарных исследований с участием философов и психиатров. Может ли философия предложить психиатрии какую-либо позитивную программу совместного исследования? К какому результату могут привести подобные исследования? Задача данной главы – рассмотреть конкретные примеры взаимодействия философии и психиатрии и проанализировать, как и за счет чего в этих случаях возможно взаимодействие дисциплин, с помощью каких средств философия реализует претензию на описание психической болезни. Для нас имеет значение не только тот факт, что философские средства используются для объяснения психической болезни – философы издревле предлагали свои модели для описания безумия; для нас важно будет зафиксировать, каким образом философские методы вступают во взаимодействие со сложившимся психиатрическим знанием и как обосновывается этот шаг. Еще одна задача, которая стоит перед нами – отследить реальные изменения, которые происходят в результате подобных взаимодействий в сфере знания о психической болезни и попытаться оценить их значение.

Для задач данной главы представляется наиболее полезным рассмотреть работы, выполненные в направлении, которое занимается анализом реальности психической болезни: исследования, которые обращаются не к терминологии или методологии психиатрической науки, а непосредственно к психической болезни гораздо ярче демонстрируют воздействие философии на принятые установки по поводу психических заболеваний. Соответственно, будут рассмотрены

две группы подобных исследований: работы по анализу бредового дискурса и анализу расстройств телесной воплощенности (расстройств пищевого поведения и телесного дисморфического расстройства).

3.1 Анализ бредового дискурса

Вопрос о природе бредовых идей и о возможности (либо невозможности) исследования их содержания крайне значим для перспектив междисциплинарного исследования психической болезни, во-первых, потому что бред – это одно из немногих явлений, происходящих с психически больным человеком, которое хотя бы формально имеет языковую природу и в силу этого представляется более доступным интерпретативной работе. Кроме того, бред – это одна из самых «очевидных» и известных характеристик психического заболевания: «с незапамятных времен бред воспринимался как основная характеристика безумия. Быть сумасшедшим означало бредить»¹⁹³.

В современной психиатрии понимание бредовых идей в целом отвечает тому определению, которое сформулировал в начале XX века в «Общей психопатологии» К. Ясперс. Согласно Ясперсу, основные критерии бреда таковы: во-первых, эти идеи принимаются больным с абсолютной убежденностью, с несравненной субъективной уверенностью; во-вторых, больной совершенно непоколебим в своих убеждениях, и он не откажется от них, несмотря на возможные опровержения со стороны внешних аргументов или данных опыта; а в-третьих, содержание этих идей невозможно либо ложно.

Вот как определяет бредовые идеи современное руководство по диагностике и статистике психических расстройств: бредовая идея – это «ложное убеждение, основанное на неверных заключениях о внешней

¹⁹³ Sass L.A. The Paradoxes of Delusion. NY: Cornell, 1994. P. 1.

реальности»¹⁹⁴. Определение в словаре психиатрических терминов гласит: «Бред – совокупность болезненных представлений, рассуждений и выводов, овладевающих сознанием больного, искаженно отражающих действительность и не поддающихся коррекции извне»¹⁹⁵.

Таким образом, первой чертой, которая отличает бредовое суждение от не-бредового, является его несоответствие реальности (это необязательная черта; теоретически бредовое суждение может соответствовать истинному положению дел, если наблюдаются остальные признаки, оно будет диагностировано как бредовое). С другой стороны, не любое ложное суждение можно назвать бредовым. Только «если больной продолжает — несмотря на известные ему контраргументы и доводы рассудка, уверенно преодолев первоначальные сомнения — придерживаться своего ложного суждения о реальности, мы можем говорить о бредовой идее в собственном смысле»¹⁹⁶. Чтобы говорить о бредовой идее, нужно зафиксировать неспособность пациента скорректировать убеждение при наличии контраргументов и провести границу между собственным убеждением и объективным миром. Своеобразным критерием нормальности является reality-testing («тест на реальность»), который свидетельствует о способности (или неспособности) различать внешнюю реальность и внутренний воображаемый мир. Нарушение этой способности свидетельствует о психозе.

Подобная непоколебимая убежденность в истинности своих идей, неспособность адекватно оценивать реальность и сопутствующий этому

¹⁹⁴ DSM-III. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. P. 395.

¹⁹⁵ Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Т. 1. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.

¹⁹⁶ Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. С. 132.

измененный способ восприятия мира (некая «неуловимая атмосфера»¹⁹⁷) делает пациента «совершенно чуждым – настолько загадочным, что он остается для нас совершенно непостижимым»¹⁹⁸. Ясперс констатирует: «Пытаясь лучше понять первичные бредовые переживания, мы рано или поздно осознаем, что не способны адекватно оценить этот совершенно чуждый нам психический опыт. Бредовые переживания остаются во многом неуловимыми и недоступными нашему пониманию»¹⁹⁹.

Более того, с точки зрения Ясперса, именно эта «непостижимость», «загадочность» - возможный предел нашей способности понимать состояние другого человека: содержание мыслей здорового человека мы можем понять «собственно психологически, или иначе, сопереживая миру другого»²⁰⁰, мы даже можем постигать отдельные *элементы* психической жизни больного человека и даже бредоподобные идеи (*walinhafte Ideen*), которые «проистекают из предшествовавших аффектов, из потрясений, унижений, из переживаний, пробуждающих чувство вины, и других сходных переживаний, из обманов восприятий и ощущений»²⁰¹, но сами бредовые содержания должны быть оставлены за границами интерпретации как принципиально непостижимые.

Современная психиатрия во многом руководствуется этой посылкой: понимая бредовые идеи как нечто недоступное возможному постижению, она считает единственным возможным пониманием таких идей отношение к ним как к «простым эпифеноменам расстройства»²⁰²,

¹⁹⁷ Там же. С. 134.

¹⁹⁸ Sass L.A. *The Paradoxes of Delusion*. P. 6.

¹⁹⁹ Ясперс К. *Общая психопатология*. С. 134.

²⁰⁰ Ясперс К. Каузальные и «понятные» связи между жизненной ситуацией и психозом при dementia praecox (шизофрении). С. 114.

²⁰¹ Ясперс К. *Общая психопатология*. С. 131.

²⁰² Sass L.A. *The Paradoxes of Delusion*. P. 6.

которое имеет по своей природе органическое основание. Если согласиться с такой интерпретацией, то, разумеется, не может быть и речи о том, чтобы анализировать *содержание* и *смысл* бредовых идей; они могут выступать симптомом серьезного заболевания, но сама природа заболевания может быть описана только в медицинских терминах.

Но если для современной психиатрии бредовые суждения – нечто принципиально недоступное пониманию, в современной «философии психиатрии» предпринимаются попытки пересмотреть базовые установки Ясперса и сделать шаг к тому, чтобы интерпретировать бредовые содержания, «придать смысл тому, как психическое расстройство находит выражение»²⁰³. Эта задача принципиально важна для перспектив философского исследования. Бредовые высказывания, понимаемые исключительно в качестве симптома и сущностной характеристики заболевания не могут быть доступны исследованию ни в каком другом ключе. Бредовые высказывания как черта заболевания, но, в то же время, как область, обладающая собственным осмысленным содержанием, создает, по сути, новое поле, которое может быть исследовано различными методами. Соответственно, первая задача заключается в том, чтобы создать модель, в которой бредовые высказывания составляют это независимое поле, а вторая – предложить возможные методы для его интерпретации.

Таким образом, первая задача состоит в том, чтобы подкрепить убеждение, что, если мы будем работать напрямую с отчетами пациентов и откажемся заранее считать их мир недоступным познанию, то мы сможем воспринимать эти отчеты как «легко постижимые

²⁰³ Thornton T. Op. cit. P. 100.

разумом»²⁰⁴. И. Росслер предлагает поместить бредовые суждения в так называемое «пространство разума» (в терминах У. Селларса), в котором, возможно, есть места и пути, нам еще не известные. Таким образом, задача философа – прежде всего, показать те места, которые, с одной стороны, относятся к «пространству разума», то есть к сфере интеллигибельной, постижимой разумом и описуемой дискурсивными средствами, но с другой стороны, такие места, которые могли бы продемонстрировать всю специфику бредовых суждений.

Безусловно, существует ряд сложностей, с которыми мы столкнемся, попытавшись описать содержание бредовых идей привычным для нас языком. Первая из этих сложностей заключается как раз в несоизмеримости и принципиальных различиях той картины, которую открывают нам бредовые содержания и картины мира человека, который пытается его понять. Т. Торнтон приводит следующий пример: пациент заявляет, что в его теле находится ядерная станция. Учитывая размеры тела человека и размеры ядерной станции, мы не можем представить и понять эту картину, если будем воспринимать речь пациента буквально. Таким образом, здесь должны быть сделаны определенные оговорки.

Кроме того, бредовые идеи обладают совершенно непостижимой для психически здорового человека связью с целостной системой убеждений и поступков человека. «Бредовая» убежденность влияет на поведение человека иным образом, нежели убежденность «обыкновенная». К примеру, пациент, страдающий синдромом Котара и уверенный, что он заражен смертельной болезнью, умирает или даже уже умер, не будет действовать в рамках того алгоритма действий,

²⁰⁴ Roessler J. Understanding Delusions of Alien Control // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2001. No. 2/3. P. 177-187. P.178.

который был бы привычен для психически нормального человека, больного смертельной болезнью; более того, это, разумеется, не помешает выполнять ему действия, совсем не совместимых с его «болезнью». Таким образом, еще одна сложность – это необходимость рассматривать бредовое содержание, учитывая возможные практические следствия.

Все эти сложности необходимо учитывать. Если мы будем пытаться сделать бредовые содержания доступными для разумного познания, то у нас возникает опасность проигнорировать саму специфику бредовых идей. Утверждая возможность работать с бредовыми содержаниями, мы можем приравнять их к обычным высказываниям, «свести к ошибочным суждениям»²⁰⁵.

Таким образом, амбициозная задача сделать бредовые содержания доступными для интерпретации и толкования, поместить их в дискурсивную плоскость и, таким образом, в «пространстве разума», а также попытаться найти в них смысл может быть выполнена только при соблюдении ряда условий. Прежде всего, не стоит игнорировать специфику бредовых суждений, приравнивая их к обычным высказываниям, и учитывать все проблемы (непредставимость, отсутствие ожидаемых практических следствий), связанные с этой спецификой.

В «философии психиатрии» выдвигаются различные гипотезы, предлагающие модели такого понимания бредовых суждений, при котором они могут анализироваться дискурсивно. Каждая из этих гипотез предлагает свой взгляд на природу подобных идей.

²⁰⁵ Ibid.

Прежде всего, известна «доксастическая» (doxastic) позиция, сторонники которой убеждены, что бредовые убеждения – это частный случай ложных высказываний, и анализировать их, соответственно, можно точно так же, как и любое другое ложное суждение. Такое понимание влечет за собой ряд трудностей. Схематично они были обозначены выше: ложное высказывание, сделанное психически здоровым человеком, не влечет за собой тех же следствий, что и бредовое (изменение контекста, «непредставимые» ситуации). Поэтому Г. Бэрриос постарался сформулировать более точное определение: бредовые суждения – это не ложные, но пустые высказывания. «Бредовые суждения подобны пустым речевым актам, содержание которых не отсылает ни к миру, ни к ним самим. Они не являются символическим выражением чего бы то ни было»²⁰⁶. Соответственно, при таком понимании бредовые высказывания могут считаться суждениями, но суждениями бессмысленными – не имеющими содержания и не отсылающими к реальности. Этот подход позволяет непротиворечиво классифицировать бредовые суждения, однако ничего не говорит о природе бредовых суждений и об их специфике по сравнению с другими бессмысленными высказываниями. И, что более значимо, этот подход не позволяет выработать какого-либо механизма *интерпретации* бредовых содержаний и не проводит никакого анализа, кроме как отнесения их в определенный класс суждений.

Другая версия состоит в том, что бредовые суждения – это «рациональная (и понятная) реакция на патологический опыт». Эта версия была сформулирована в книге Б. Майера «Аномальный опыт в повседневной жизни: значение для психопатологии». Анализируя повседневный опыт и переживания здорового и психически больного

²⁰⁶ Berrios G. Delusions as 'wrong beliefs': A conceptual history // British Journal of Psychiatry. 1991. No. 14. P. 6-13. P. 12.

человека, он выстраивает следующую модель бредовой идеи: «Бредовые идеи, как и обычные, рождаются из попытки объяснить опыт»²⁰⁷. Процессы, с помощью которых психически здоровый и психически больной человек переходят от опыта к убеждению, основаны на тех же механизмах, и эти механизмы не зависят от наших мыслительных способностей: «ни в том, ни в другом случае они не основаны на принципах формальной логики или статистических выводах»²⁰⁸. Различие заключается лишь в природе и интенсивности переживаемого опыта, а эти различия обусловлены спецификой нейропсихологических процессов. Означает ли это, что данный подход оставляет исследование опыта психически больного человека нейронаукам? Нельзя утверждать это однозначно. Этот подход показывает альтернативный путь к происходящему в мире психически больного, доступный за пределами медицинского и нейропсихологического знания: в данной концепции предлагается, оставив органическую сторону дела в качестве «черного ящика», анализировать систему высказываний психически больного, основываясь на том, что она построена на тех же означивающих механизмах. Другое дело, что эта концепция также не представляет *объяснения* специфичного опыта и, как следствие, специфичных суждений психически больных. Таким образом, хотя эта позиция позволяет *поместить* бредовые суждения в дискурсивную плоскость, она не дает возможности объяснить их особенности, не обращаясь к данным эмпирической науки.

Несколько расширенная версия этой модели, предложенная М. Дэвисом, предполагает, что содержание бреда действительно обусловлено аномальным опытом и является рациональной реакцией на

²⁰⁷ Thornton T. Op. cit. P. 105.

²⁰⁸ Ibid. P. 105.

переживания подобного рода; тем не менее, Дэвис и его соавторы²⁰⁹ полагают, что «аномальный опыт недостаточен для развития бредовой идеи»²¹⁰. Примеры аномалий на нейропсихологическом уровне, не имеющие в качестве коррелята бредовых содержаний, свидетельствуют, с их точки зрения, о том, что нарушения на нейропсихологическом уровне – необходимое, но недостаточное условие возникновения бреда. «Случаи нейропсихологической аномальности и, следовательно, необычного опыта, которые не приводят к формированию бредовых идей, показывают, что в этой модели нужен второй фактор»²¹¹, - пишет Дэвис. «Второй фактор» - это тот путь, с помощью которого пациент переходит от необычного опыта к бредовой идее (этот переход не осуществляется автоматически). Дэвис подчеркивает, что в случае разных бредовых переживаний этот «фактор» будет различным (например, иногда пациенты могут отдавать себе отчет в «странности» опыта и придумывать «объяснительную модель»), но иногда такого перехода не будет вообще. В принципе «двухфакторная модель» является усовершенствованной версией модели, предложенной Майером, и обладает примерно такими же недостатками.

Предложенный выше подход к анализу бреда иногда называют «восходящим», или «эмпиристским»²¹², по причине того, что в нем первичным источником бредовых идей является непосредственный опыт пациента, а сами идеи – результатом его вторичной обработки, концептуализации.

²⁰⁹ Davies M., Coltheart M., Langdon R., Breen N. Monothematic Delusions: Towards a Two-Factor Account // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2001. No. 2/3. P. 133-159.

²¹⁰ Thornton T. *Op. cit* P. 117.

²¹¹ Davies M., Coltheart M., Langdon R., Breen N. *Op. cit*. P.147.

²¹² Campbell J. Rationality, Meaning, and the Analysis of Delusion // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2001. No. 2/3. P. 89-100.

Альтернативный подход называется «нисходящим», или «рационалистическим». Согласно «рационалистическому» подходу, у пациента изменяется, в первую очередь, целостный взгляд на мир, базовые установки и способы отношения к реальности – конкретные же бредовые суждения являются следствием таких установок. Рационалистический подход к толкованию бредовых идей нам стоит рассмотреть подробнее, поскольку в этом подходе очень существенна роль философской интерпретации; измененные идеи психически больного человека выступают здесь как следствие его установок по отношению к себе и к миру, то есть при анализе затрагиваются вопросы, традиционно рассматриваемые как философские.

«Рационалистический», или «нисходящий» подход предполагает, что патологические изменения происходят на «высшем», нежели непосредственные восприятия, уровне. Сторонники этого подхода, анализируя непосредственно бредовые высказывания, пытаются предположить, в чем могут заключаться эти изменения, затрагивающий целостное отношения пациента к миру и модус его существования. Анализ они производят в дискурсивной плоскости, опираясь на высказывания больных; при этом сама «необычность», «измененность» говорения предстает, с этой позиции, как результат изменения установок пациента, его «философских заблуждений».

Толкование бредовых идей, которое предлагает Дж. Кэмпбелл, основывается на представлении, что нарушения в мировосприятии вызывают измененные действия пациента и измененный опыт. У психически больного человека, согласно Кэмпбеллу, изменяются базовые установки (framework propositions) – утверждения, которые лежат в основании способа восприятия реальности. Такие установки находятся вне любого возможного опыта и не оцениваются на

истинность / ложность. Подобные установки есть и у здорового человека, например «Мир существовал до моего рождения». Человек не задумывается над такими положениями, не пытается их опровергнуть или убедиться в их истинности, так как они лежат в основании целостной картины мира. Базовые установки, согласно Кэмпбеллу, могут измениться у психически больного, и именно это задает базу для возможного появления бредовых идей. Проблема состоит в том, что при изменении «базовых установок» и, как следствие, картины мира, значения привычных слов будут меняться и это будет порождать бессмысленные утверждения: «человека, который смещается от одного набора базовых установок к другому, дестабилизирует значение используемых терминов»²¹³. Метафорически такие трансформации можно сравнить с изменением значения научных терминов после смены научной парадигмы: используются те же термины, но их значение в новой картине мира иное.

Например, с этой позиции можно рассмотреть высказывания пациента с синдромом Капгра. Когда такой больной сообщает: «Эта женщина – не моя жена» (тогда как в реальности она является его женой), это можно проинтерпретировать не как эмпирическую ошибку, но как искажение значения используемых слов. «Та женщина, которую я вижу сейчас, не тождественна женщине из моих воспоминаний» - вот как следовало бы прочесть, согласно Кэмпбеллу, это высказывание. Это высказывание толкуется как «ошибка», но это не ошибка в оценке реальности; это ошибка употребления слов, ошибка способа установления значений.

Другая попытка проинтерпретировать бредовые идеи с «рационалистических» позиций, акцентируя внимание на целостные

²¹³ Campbell J. Op. cit. P. 98.

изменения картины мира пациента, была произведена Л. Сассом в работе «Парадоксы бреда: Витгенштейн, Шребер и шизофреническое сознание». Предметом анализа Сасса выступает один из самых известных текстов-самоописаний пациента-шизофреника – «Воспоминания невропатологического больного»²¹⁴. В этой автобиографической книге очень подробно описывается протекание болезни Д. П. Шребера, а также его представления о мире, Боге, способе собственного существования и т.д. Этот текст часто становился предметом разбора, самым известным из которых является работа Фрейда «Психоаналитические заметки об одном автобиографическом описании случая паранойи», где безумные идеи Шребера объясняется, прежде всего, через его гомосексуальность. Сасс же предпринимает попытку объяснить бредовые идеи *эпистемологически*, то есть продемонстрировать ту концептуальную схему, которая делает возможным такие идеи.

Идея Л. Сасса заключается в том, чтобы *интерпретировать язык* шизофренического самоописания. Он считает, что психическое расстройство надо рассматривать не «снизу вверх» (от опыта к его интерпретации) а «сверху вниз», то есть учитывая «рациональные» механизмы формирования бредовых высказываний. Дело не в том, что у шизофреника изменяются конкретные переживания; напротив, прежде всего, меняется целостный взгляд на мир, и уже в соответствии с этим взглядом выстраиваются конкретные переживания. Изменяется сама система означивания; главная специфика языка бреда — иная организация системы значений.

²¹⁴ Schreber D.P. *Memoirs of my nervous illness*. New York: The New York Review of Books, 2000.

Прежде всего, Сасс показывает, что неверно определять бред Шребера через классическое определение бреда как «убеждения, основанного на неверных заключениях о внешней реальности». «Шребер не воспринимает свои галлюцинации как совершенно истинные, он, скорее, воспринимает их как «субъективизированные» качества — то есть как продукт своего сознания, а не как независимо существующие объекты»²¹⁵. Шребер описывает в своих воспоминаниях собственное состояние «видение реальности как сна, при осознании того, что это сон». Таким образом, нельзя сказать, что эти бредовые суждения – классический пример неудачного «теста на реальность». С одной стороны, в сознании больного присутствует разрыв между «объективной», разделяемой всеми людьми реальностью и той реальностью, которую воспринимает он, и он не воспринимает свои состояния как «объективно существующие». С другой стороны, в некотором смысле он все-таки считает их реальными, поскольку он постоянно подчеркивает невероятную значимость, субъективную важность и в этом смысле «реальность» своих бредовых идей.

Когда Шребер рассказывает о своих шизофренических переживаниях, они действительно звучат для здорового человека, по меньшей мере, странно и труднопредставимо. Он говорит о физиологических изменениях в своем теле: например, иногда он, чувствует, что живет без желудка, в иногда в его теле якобы начинают проявляться женские органы. Тем не менее, было бы неправильно толковать эти описания как анатомический отчет о состоянии организма. «Я совершенно точно чувствую, что...» - говорит он про происходящие с ним «физиологические изменения». «Он не спекулирует об объективных или физикалистских объяснениях этих фантастических

²¹⁵ Sass L.A. The Paradoxes of Delusion. P. 8.

событий. Он, кажется, переживает эти события как происходящие в реальности, отличной от естественного данного мира, с его сдвливающей причинностью. Эта специфическая реальность, очевидно, чисто опытная область идей, где «чудеса» не включают физические или биологические процессы, но, скорее, психические факты, акты воображения»²¹⁶.

Интерпретация Сассом бреда Шребера, в первую очередь, противоречит классической предпосылке о том, что психически больной совершает принципиальное заблуждение, принимая мир своих фантазий за реальность. В этой интерпретации шизофрения выступает как развернутое проявление метафизического заблуждения (ошибки мышления и языка). Бредовый мир не ощущается как «реальный», «эмпирический» - в том смысле как понимает это здоровый человек. Бредовый мир – это такая форма организации реальности, которая служит раскрытием постулатов (базовых установок), подобных «мой мир – это мой мир». Задаче организации реальности подобным образом служат и «чудеса» (то есть аномальный опыт), которые, в классической интерпретации (и даже в интерпретации Майера и Дэвиса), не могут иметь никакого значения, кроме как свидетельствовать о расстройшенной психике. При интерпретации Сасса они также, безусловно, свидетельствуют о психическом расстройстве, но о расстройстве не восприятия, а отношения к миру, установления смыслов.

Другой аспект системы убеждений Шребера, в котором проявляется изменение целостной картины мира, – это соотношение между «я» и окружающим миром. С одной стороны, он признает, что существование мира субъективно, что мир находится в зависимости от воспринимающего его «я». С другой стороны, «я» выступает в качестве

²¹⁶ Ibid. P. 46.

гарантии, коррелята существования мира, а не в качестве эмпирического человека. Однако «я» - это не только коррелят существования мира, но и одновременно некий эмпирический субъект, принадлежащий миру, что является противоречием. И это противоречие, опять же, проявляется и в «мире» Шребера и ложится в основу его шизофренического модуса существования. Он ощущает себя одновременно «создателем» этого мира и субъектом, принадлежащим миру, с ним происходит «странное колебание между чувством абсолютной уверенности и всеведения, безграничной власти и значимости, с одной стороны, а с другой — чувство бесконечной малости, слабости, незначимости, граничащей с несуществованием»²¹⁷.

Такие идеи несколько перекликаются с более ранней интерпретацией, представленной в психоанализе Ж. Лакана, в котором анализируется тот же случай шизофренического самоописания Шребера: согласно этой концепции, в языке психически больного появляются «значения, которые действительно не отсылают ни к чему, кроме как к самим себе, остаются несводимыми»²¹⁸; то есть у человека в состоянии психоза нарушаются связи с интерсубъективно разделяемой системой значений, где все сказанное имеет важность только в контексте практик, связанных с другими людьми. У психически больного происходит разрыв с этой системой, и значение, а вместе с ним и значимость приписывается отдельным элементам. А это означает, что бредовые суждения безусловно можно и нужно интерпретировать: ведь, с этой позиции, главные изменения происходят на дискурсивном уровне, на уровне организации смыслов.

²¹⁷ Ibid. P. 65.

²¹⁸ Lacan J. The Psychoses 1955-1966. London & New York: W.W. Norton & Company, 1993. P. 33.

Таким образом, каждая из изложенных выше интерпретаций – в наибольшей степени рационалистический подход – изменяет картину, в которой бред является знаком, симптомом заболевания, но его собственное содержание не может приниматься в расчет при объяснении расстройства. Пространство, в котором выстраивается бредовый дискурс, понимается «философией психиатрии» как реальность, которая может быть описана. Таким образом, «философия психиатрии» предпринимает попытку осмысления той сферы, которая упоминается и подразумевается в традиционном психиатрическом понимании, но находится за пределами исследования.

3.2 Анализ расстройств телесного воплощения: расстройств пищевого поведения и телесного дисморфического расстройства

Тело как возможный объект для анализа в «пространстве разума» кажется не настолько очевидным, как бредовые суждения, поскольку как сама природа тела, так и возможный телесный опыт и происходящие с ним изменения не носят языковой характер. Тем не менее, телесные трансформации также могут быть «переведены» на языки других наук. Классическая медицина рассматривает симптом как «язык тела», но расшифровка симптомов, разумеется, является строго внутрипсихиатрической практикой, не акцентирующей внимание на смыслы и не допускающей множество интерпретации. Исследования «философии психиатрии» предполагают другой способ концептуализации телесных трансформаций. Прежде всего, тело и происходящие с ним изменения воспринимаются через призму телесного опыта, и интерпретации и осмыслению подвергают уже описания опыта, которые также относятся к дискурсивной сфере.

Считается²¹⁹, что понимание тела в современной медицине во многом опирается на картезианские представления; идея о человеческом теле как об организме, который может работать исправно, а может выйти из строя, и на который можно воздействовать механическим путем, в целом наследует представлениям о теле как о «неком механизма, состоящего из костей, нервов, мышц, сосудов, крови и кожных покровов»²²⁰, подчиняющемся законам физики и других естественных наук. Соответственно, медицинская практика требует «предварительного научения знаниям о человеческом теле, как оно работает, и какие бывают сбои в его работе»²²¹. Врач «имеет дело с органом, системой органов или ее дисфункцией, «редуцируя» пациента к этому органу»²²².

Тем не менее, воспринимать «медицинский взгляд» на тело исключительно механистически было бы слишком большим обобщением. «Онтология [тела] в медицинской практике связано с определенными местами и ситуациями»²²³, т.е. определяется конкретными задачами, стоящими перед врачом; тело рассматривается через призму того, что в нем *должен увидеть* врач для постановки диагноза. Представления об «объективности» и «унифицированности» тел, безусловно, позволяют говорить о теле и о его возможной трансформации *научным* языком. По словам М. Фуко, человеческое тело представляет для взгляда врача как будто бы карту, на которой

²¹⁹ См., напр., Matthews E. Body-subjects and disordered minds. Treating the whole person in psychiatry. Oxford, New York: Oxford University Press, 2007; Kendell R.E. The concept of disease and its implications for psychiatry // British journal of psychiatry. 1975. No.127. P. 305-315.

²²⁰ Декарт Р. Размышления о первой философии. СПб.: Абрис-книга, 1995.

²²¹ Matthews E. Op. cit. P.9.

²²² Mol. A., Todkill A.M. Medical metaphysics. The body multiple: ontology in medical practice //Canadian Medical Association Journal. 2003. No. 169 (5). P. 450-451. P. 450.

²²³ Ibid. P. 451.

отражены «причины и распределения болезни; пространство, линии, объемы, поверхности и пути которого фиксированы в соответствии со знакомой по анатомическому атласу географией»²²⁴.

Таким образом, с одной стороны, на уровне обобщений тело представляется объективным «устройством», которое может находиться в оптимальном и испорченном состоянии, но с другой стороны, значимым является то, что видимые характеристики этого устройства однозначно переводятся на язык медицины в качестве симптомов, т.е. свидетельств той или иной неполадки, или расстройства. Эти представления о теле имплицитно содержатся в медицинской науке; если воспринимать психиатрию как «одну из ветвей научной медицины»²²⁵, то эта характеристика будет актуальна и для нее.

С позиции «философии психиатрии», такие представления могут быть нерелевантны, когда мы имеем дело с расстройствами, где восприятие телесности имеет большое значение, для расстройств, суть которых состоит в изменении восприятия собственного тела. По сути, «классические» установки не предоставляют адекватного аппарата для описания изменения режимов телесности, и в случае необходимости работать с ними, эта задача будет заменена описанием поведения, внешних проявлений и т.п. Поэтому ряд исследований в современной «философии психиатрии» направлен на то, чтобы расширить область, в которой возможно понимание телесности, чтобы описывать телесные трансформации не на языке симптомов, а на языке, который позволил бы *осмыслять* происходящие изменения в телесном опыте.

²²⁴ Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. С.23.

²²⁵ Matthews E. Op. cit. P.9.

Возможны различные концептуализации телесности; достаточно эффективна для данных задач и потому достаточно распространена в различных исследованиях оказалась феноменологическая модель. Специфика феноменологического понимания тела применительно к предмету психиатрии и патологическим трансформациям тела заключается в том, что в сферу внимания попадают *трансформации телесного опыта*, в традиционной модели неопишуемые. За счет этого область того, что может подвергаться интерпретации и осмысляться, существенно расширяется.

Современные исследования «философии психиатрии» позиционируют себя как феноменологические, однако, заимствуя те или иные термины или способы концептуализации из феноменологии, они не всегда буквально следуют написанному у Э. Гуссерля или М. Мерло-Понти. Начиная с Ясперса, утверждавшего, что, он не напрямую следует интенциям Гуссерля, но в его собственной работе «возникает феноменология»²²⁶, отличная от классической, все те, кто использовал феноменологический аппарат для объяснения психических расстройств, безусловно, понимали, что применительно к рассматриваемому материалу и исходя из задач исследования феноменологические концепты могут быть модифицированы.

«Философия психиатрии», как уже было сказано, обращается к феноменологическому пониманию тела с целью получения аппарата для описания модификаций телесного опыта в патологических случаях. Базовым различием, которое заимствуется для этой цели, является разграничение между «телом» и «моим живым телом» (Körper и Leib), которое проводит Гуссерль. Это различие упоминается в четвертом картезианском размышлении: «Тогда среди тел <...> я нахожу *мое*

²²⁶ Ясперс К. Феноменологическое направление исследований в психопатологии. С. 93.

живое тело, выделенное в своей уникальности, как то единственное среди них, которое есть не просто тело, но именно *мое живое тело*, единственный объект в пределах абстрагированного мной мирового слоя, которому я, сообразуясь с опытом, приписываю поля ощущения, хотя они и по-разному связаны с ним (поле тактильного ощущения, поле ощущения теплого и холодного и т. д.), единственный объект, в котором я непосредственно *преобладаю и господствую*, как, в частности, и в каждом из его органов»²²⁷. Körper – это тело, понятое механически; оно не отличается по своим онтологическим характеристикам от прочих объектов внешнего мира. Мы обладаем (haben) этим телом, относимся к нему как к объекту. Leib, «мое живое тело», не состоит в отношениях обладания, это непосредственный способ нашего существования (leben). Körper – это вещь, Leib – непосредственный процесс жизни и «локализация всех ощущений»²²⁸.

Другой значимый момент в понимании телесности, который заимствуется «философией психиатрии», по большей части, из феноменологии Мерло-Понти – это представление о встроенности тела в мир. Очень значима взаимосвязь между различными действиями, их соотношение с целостной системой. «Восприятие и движение образуют систему, которая изменяется как целое»²²⁹. Жест, к примеру, оказывается реакцией на события, происходящие в окружающей среде, и здесь нет двух различных актов (осознание происходящего и реакция в виде жеста), эти изменения затрагивают всю систему и осуществляются внутри нее самой. Тело, с точки зрения Мерло-Понти, находится в действии, в контакте с бытием, в которое оно включено, – это «то, что

²²⁷ Гуссерль Э. Картезианские размышления. СПб.: Наука, 2006. С. 194.

²²⁸ Молчанов В. И. Время и сознание. Критика феноменологической философии. Монография. М.: Высшая школа, 1998. С. 128.

²²⁹ Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. СПб.: Ювента; Наука, 1999. С. 153.

позволяет нам ориентироваться в мире»²³⁰: «местонахождение, точка зрения, нулевая точка, которая организует пространственные и временные порядки»²³¹. Таким образом, тело определяется не своей материальной природой, а своей включенностью в мир и действиями в нем, а понимание телесности происходит «через взаимодействие с окружающей средой»²³².

Еще одно различие, используемое для концептуализации телесного опыта при психопатологических расстройствах, берется из феноменологии Ж.-П. Сартра. Сартр выделяет различные измерения бытия тела. Первое – это «я существую своим телом»; это, по большому счету, опыт, достаточно сходный с опытом «моего живого тела», непосредственное телесное существование в мире. Второе – существование для другого в своей фактичности; именно с этой позиции мы воспринимаем тело другого как объект и можем использовать его. Наконец, третье измерение – это бытие «познанным другим в качестве тела». Это ощущение своего «бытия-здесь-для-другого». Как тело другого является осмысленным объектом в нашем мире, так и наше телесное существование оказывается для другого в его мире таким же значимым объектом; это измерение актуально, когда мы ощущаем свое тело через взгляд или оценку другого. «Точнее, тело-для-другого и *есть* тело-для-нас, но непостижимое и отчужденное. Оно является нам тогда, когда другой совершает для нас функцию, к которой мы не способны и которая, однако, лежит на нашей обязанности: *видеть себя такими каковы мы есть*»²³³.

²³⁰ Carman T. The Body in Husserl and Merleau-Ponty // Philosophical topics. 1999. No. 2. P. 205-226. P. 206.

²³¹ Вальденфельс Б. Ключевая роль тела в феноменологии Мориса Мерло-Понти // Мерло-Понти М. Видимое и невидимое. Минск: Логвинов, 2006. С. 387.

²³² Harris. A. P. Wisdom of the Body: Embodied Knowing in Eco-Paganism. University of Winchester, 2008.

²³³ Сартр Ж.-П. Бытие и ничто. М.: «Республика», 2000. С. 371.

Этот концептуальный аппарат используется для описания ряда психических заболеваний, в первую очередь, для описания тех расстройств, сама сущность которых состоит в изменении восприятия тела. Прежде всего, такой аппарат позволяет эксплицитно описывать сам телесный опыт, а также дает возможность говорить о тех трансформациях которые совершаются в восприятии собственного тела.

Один из типов расстройств, который анализировался в «философии психиатрии» из перспективы трансформации телесного опыта и возможности ее описать, - это расстройства пищевого поведения. Согласно официальной классификации DSM, расстройства пищевого поведения «характеризуются серьезными нарушениями в пищевом поведении»²³⁴. Два основных типа, анорексия и булимия, описываются следующим образом: первый из них представляет собой «отказ от поддержания минимально допустимого веса», второй – «повторяющиеся случаи злоупотребления пищей, сопровождаемые неподходящим компенсаторным поведением, например, вызыванию у себя рвоты». Кроме того, есть третий тип – «неуточненное расстройство пищевого поведения», симптомы которого напоминают один из двух других видов, но не совпадают ни с одним из них полностью. Главная и необъемлемая черта всей группы расстройств – «нарушение в восприятии формы и веса».

Как мы видим, с одной стороны, речь идет о *восприятии* пациентами тела, но в действительности оценивается исключительно их поведение. Кроме того, нетрудно заметить, что справочник не предоставляет объяснения, *что* именно происходит во всех этих

²³⁴ DSM-IV. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. P. 539.

случаях, и подтипы болезни объединены скорее по принципу «семейного сходства».

В современной психиатрии представлен ряд теорий, объясняющих природу этих расстройств. Выделяются психодинамический, социокультурный, бихевиористский и когнитивный подходы²³⁵. Объединяет эти подходы следующее: все они акцентируют внимание на поведении больного (а также в некоторых случаях его семьи). Методы лечения также разнятся несильно²³⁶: акцентирование внимания на поведении логично приводит к тому, что и методы в основном направлены на коррекцию поведения.

В 2010 и 2012 годах были проведены исследования, в которых предпринимались попытки объяснить расстройства пищевого поведения, используя феноменологический аппарат и акцентируя внимание на телесном опыте, что, разумеется, предполагало отказ от представлений о теле как о карте симптомов. Соответственно, менялся объект рассмотрения: исследовалось не расстройство поведения, а расстройство телесного опыта, опыта непосредственного телесного воплощения. Согласно такому пониманию, расстройство затрагивает идентичность целиком, в том числе ее телесное воплощение.

Материалом для подобных исследований выступали самоописания больных. В ходе работы опрашивались люди, страдающие анорексией, булимией либо другими расстройствами пищевого поведения. Задача состояла в том, чтобы, опираясь на самоописания больных, воспроизвести структуры их телесного опыта и телесного «я».

²³⁵ Cooper M. The psychology of bulimia nervosa: a cognitive perspective. Oxford, New York: Oxford University Press, 2003.

²³⁶ Gowers S.G. Treatment Aims and Philosophy in the Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa in Europe // European Eating Disorders Review. 2002. No. 10. P. 271-280.

П. Брогна и Э. Кароппо²³⁷ обратили внимание на следующие моменты, которые были отражены в самоописаниях больных. Прежде всего, многие говорили о недостатке непосредственного ощущения своего тела: «Я не чувствую. Я не чувствую себя и не принадлежу себе»²³⁸, о разрыве с собственным телом: «Я не могу прочувствовать какой бы то ни было органической связи между сознанием и телом, между мыслями и их физическим воплощением»; «Мне кажется, что я живу в теле, которое не принадлежит мне и которое я не могу контролировать». К этому добавляется ощущение собственного тела как чего-то чужеродного и странного: «Я всегда буду ощущать это тело странным и никогда не почувствую, что оно мое»; «Я с трудом узнаю себя, когда я гляжу на себя, я в растерянности».

Это ощущение чужеродности и непринадлежности собственному телу сопровождается восприятием тела как «средства для коммуникации» с окружающими; как нечто, что оценивается в первую очередь другими и существует для них: «Мое тело – это моя визитная карточка»; «Я смотрю по сторонам, и образ обретает форму, образ других, образ того, как другие хотят меня видеть»; «Без других, я не могу понять, кто я на самом деле. Я никогда не смогу увидеть себя извне»; «Другие видят [мое тело] так, как мне бы хотелось его видеть, поэтому я нуждаюсь в них... они позволяют понять, становлюсь ли я лучше. Когда я в одиночестве, я в хаосе».

Похожие результаты показывает и исследование Дж. Стангеллини и соавторов²³⁹. Основные черты, которые они отмечают у пациентов,

²³⁷ Brogna P., Caroppo E. The body as a simulacrum of identity: the subjective experience in the eating disorders // *Ann Ist Super Sanità*. 2010. No. 4. P. 427-435.

²³⁸ Ibid. P. 431.

²³⁹ Stanghellini G., Castellini G., Brogna P., Ricca V. Identity and Eating Disorders (IDEA): A Questionnaire Evaluating Identity and Embodiment in Eating Disorder Patients // *Psychopathology*. 2012. No. 45 (3). P. 147-158.

таковы: те «ощущают себя отделенными от собственного тела», «ощущают себя только через взгляд другого и определяющие себя только через оценку других». «Я завишу от оценки других»²⁴⁰ – вот основной тезис, который можно извлечь из самоописаний пациентов.

Если обратиться к аппарату, который предлагается в «философии психиатрии», складывается довольно любопытная картина. Больные переживают не столько расстройство пищевого поведения, сколько расстройство телесного воплощения. Они воспринимают себя не с перспективы первого лица по формуле «я существую своим телом»²⁴¹, но как нечто, что в первую очередь является объектом для взгляда других людей. Телесный опыт страдающих данным типом расстройств характеризуется и расстройством *ситуативности* телесного воплощения: опыт деконтекстуализируется, разрывается с системой действий в окружающем мире. Тело для страдающих подобными расстройствами связывается не с комплексов ощущений, не с собственными действиями, не с встроенностью в ряд жизненных контекстов и ситуаций: существование тела сводится к восприятию другими людьми и к их оценке. Именно это вызывает изменение в восприятии формы собственного тела, что является характерной и сущностной чертой расстройств пищевого поведения.

Таким образом, расстройства приема пищи представляют собой, с этой точки зрения, измененное бытие *leib*, телесное воплощение. Тело становится объектом для-других, деконструктуализируется, приравнивается к своему объективному бытию. И если у здорового человека уровни восприятия тела-для-себя и тела-для-других гармонично взаимодействуют, то для человека, страдающего

²⁴⁰ Ibid. С. 152.

²⁴¹ Сартр Ж.-П. Бытие и ничто.

расстройством пищевого поведения, уровень тела-для-других практически вытесняет все прочее. Он постоянно ощущает себя, свое телесное воплощение, как нечто, что получает оценку со стороны других. Происходит своего рода «объективация» опыта своего тела, важными становятся формальные характеристики (например, точная цифра веса). Люди, страдающие подобными расстройствами «ждут приговора других, чтобы понять себя»²⁴².

Соответственно, с этой позиции, изменение структур опыта автоматически будет совпадать с изменением телесной формы жизни, телесного Я. Поскольку анорексия и булимия – болезни, «телесно воплощенные», выздоровление «само по себе свидетельствует, что взгляды пациента изменились»²⁴³. А это значит, что верно и обратное: изменение взглядов означает изменение структур опыта, а изменение структур опыта приводит к модификации телесного Я.

Другое подобное исследование было посвящено телесному дисморфическому расстройству (телесной дисморфии). Основной характеристикой этого расстройства, согласно «Руководству по диагностике и статистике психических расстройств» (DSM), является постоянная озабоченность пациента по поводу воображаемого дефекта своей внешности. К. Филипс емко характеризует это заболевание как «воображаемое уродство»²⁴⁴.

Информация об этом расстройстве достаточно бедна, а место этого расстройства в психиатрической классификации неоднозначно: DSM

²⁴² Brogna P., Caroppo E. Op. cit. P. 432.

²⁴³ Giordano S. Anorexia and Refusal of Life-Saving Treatment: The Moral Place of Competence, Suffering, and the Family // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2010. No. 2. P. 143-154. P. 150.

²⁴⁴ Phillips K. A., Mc Elroy S. L., Keck P. E., Harrison C. Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness // American Journal of Psychiatry. 1993. No. 150 (2). P. 302-308.

относит его к соматоформным расстройствам, Международная классификация болезней (ICD-10) расценивает это расстройство как подвид ипохондрии (в DSM ипохондрия и телесная дисморфия считаются единицами одного порядка), иногда его приписывают к обсессивно-компульсивным расстройствам. Большинство научных исследований, посвященных телесной дисморфии, связаны со сравнением этого расстройства с другими по формальным показателям: возраст, пол, семейная история пациентов. Возможно, психиатрическое описание дисморфофобии настолько неполно и противоречиво по причине того, что в науке отсутствует, как и в случае с расстройствами пищевого поведения сколько бы то ни было подробного *объяснения* того, что происходит с пациентом.

Попытка описать дисформическое расстройство как заболевание, природу которого можно осмыслить, также используя отдельные заимствования феноменологического аппарата, была предпринята К. Моррис. Моррис также опирается на самоописания больных телесных дисморфией, на основании которых делает выводы о происходящих изменениях телесного опыта.

Характерной чертой в высказываниях пациентов является жажда невидимости: «Я осознала, что никто не замечает меня. И это было потрясающее ощущение... Наконец никто на меня не смотрит», «Мое сильнейшее желание – быть невидимым»²⁴⁵. С точки зрения Филиппс, это желание объясняется двояко: пациент хочет быть, с одной стороны, в прямом смысле невидимым, с другой – быть незаметным, не выделяться своим воображаемым уродством.

²⁴⁵ Morris K. J. The phenomenology of body dysmorphic disorder: a Sartrean analysis // Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Ed. by K.W.M. Fulford, K. J. Morris, J. Z. Sadler et al. Oxford, New York: Oxford University Press, 2003. P. 171-186. P. 180

Другая характерная черта – это отвращение, омерзение, ощущение тошнотворности собственного тела. Эта черта также прослеживается в самоописаниях больных: Я самое уродливое создание на свете. Я испытываю омерзение»²⁴⁶, «Я выгляжу совершенно непривлекательно. Это настолько неэстетично, настолько неприятно, просто противно»²⁴⁷.

Еще один значимый аспект – это повышенное внимание к отношению других людей к собственному телу, которому сопутствует полная убежденность в «непостижимости» этого отношения. Больной дисморфией всегда будет подозревать во взгляде других особое внимание к своему (вымышленному) дефекту, но в то же время никогда не будет до конца убежден в истинной природе восприятия себя другими: «Если люди говорят, что не замечают это, я не верю им. Я думаю, что они просто пытаются быть любезны», «Муж любит меня, поэтому он необъективен и не понимает, насколько все плохо»²⁴⁸. И наконец, все это связано с чувством ответственности за то, что не является подконтрольным пациенту. Человек не может в действительности контролировать то, как его тело воспринимается другими, каково бытие его тела для другого; тем не менее, жажда такого контроля и невозможность его осуществить составляют одну из центральных характеристик опыта больного.

Данные об опыте людей, страдающих телесным дисморфическим расстройством, также интерпретируются через аппарат телесного воплощения. Моррис говорит, что у больного телесной дисморфией происходит трансформация телесного опыта, которые относятся к

²⁴⁶ Phillips K.A., Mc Elroy S.L., Keck P.E., Harrison C. Op. cit. P. 304.

²⁴⁷ Morris K.J. Op. cit. P. 181.

²⁴⁸ Ibid. P. 183.

«моего живого тела для другого», и это изменение является конститутивным для понимания опыта человека, страдающего данным расстройством. Согласно Сартру, парадигмальным для человека, ощущающего свое тело под взглядом другого, является чувство стыда, сопряженное с жадой невидимости, и именно об этом чувстве говорят пациенты. Также их ощущения сочетаются с сильнейшим желанием понять, как *в действительности* воспринимают их тела другие люди.

Примеры анализа расстройств пищевого поведения и телесного дисморфического расстройства показывают, как при принятии определенной модели меняется понимание изменений, происходящих при заболеваниях, в которых значимы трансформации телесного опыта. Интересно в этой связи посмотреть, как осуществляется взаимодействие между дисциплинами и их установками в данном случае, как понятия одного поля (медицина) переводятся на язык другого (интерпретация в феноменологических терминах) и наоборот и что это дает.

Медицинское понимание тела предполагает однозначный механизм «перевода». То, что видит врач, может восприниматься как тот или иной симптом или признак, свидетельствующий о том или ином факте или необходимости предпринять какие-либо действия. Те операции, которые производит «философия психиатрии», направлены на разрушение однозначной связи между патологическими процессами и медицинским толкованием. Разрушить эту связь помогает уже упомянутое противоречие: суть расстройств, таких как расстройства пищевого поведения или телесное дисморфическое расстройство, заключается в нарушении *восприятия* пациентами тела, но в действительности оценивается исключительно их поведение. Таким образом, сам опыт пациента (в данном случае телесный) предполагается медицинским описанием как некая реальность, но не может быть

описан. Таким образом, «философия психиатрии» пытается найти альтернативный путь к этому опыту, который *предполагается* в традиционном психиатрическом понимании, но находится за пределами возможного толкования.

Путь к этому опыту проходит через самоописания больных. Нельзя утверждать, что самоописания являются абсолютно достоверным отчетом о том, что *переживает* человек, однако, безусловно, они гораздо в большей степени отсылают к реальности опыта, нежели отчеты о поведении пациента и о демонстрируемых им симптомах. Самоописания создают новое поле, доступное для исследования. Важно отметить некоторые из его характеристик. Прежде всего, это поле принципиально *дискурсивно* и доступно тем или иным толкованиям, в том числе анализу *смысла* описываемых в нем переживаний. Кроме того, оно принципиально открыто для толкования. Приводимый выше анализ высказываний пациентов, страдающих расстройствами пищевого поведения и телесным дисморфическим расстройством, не является единственной возможной интерпретацией того, что переживают больные. Интерпретация принципиально открыта и неполна: самоописания можно классифицировать, можно выделять в них важные и сущностные черты (такие как упомянутые выше стремление быть невидимым и стыд, а также интерпретировать их как, например, проявление жажды контроля за бытием тела для другого), но такой анализ никогда не будет *окончательным*, в отличие от традиционных психиатрических описаний.

3.3 Механизмы воздействия философского анализа на психиатрию

Данные примеры демонстрируют одну из моделей междисциплинарного взаимодействия, которая реализуется в сфере

«философии психиатрии». Исследователи обращаются к материалу на грани различных дисциплин и изменяют некоторые их положения. Таким образом, мы имеем картину, в которой, благодаря взаимодействию дисциплин, не просто создается новое знание, но и происходит переопределение положений одной, при этом переопределение, которое имеет смысл, исходя из изначальной концептуальной сетки этой дисциплины.

Рассмотрим, в каких случаях мы не могли бы говорить о действительном воздействии одной дисциплины на другую. Поскольку в психиатрическом дискурсе уже сформированы представления о психических болезнях, о психически больном и о самых различных чертах патологического состояния, первая альтернатива, которой могла бы воспользоваться «философия психиатрии» - это интерпретировать уже имеющиеся в науке данные, рассматривая их под тем или иным углом в свете вопросов, значимых, прежде всего, с философской точки зрения²⁴⁹. Эта задача сама по себе небесполезна и в любом случае ценна для философии. Тем не менее, в этом случае не предполагается какой бы то ни было проблематизации, и, как следствие, влияния философских интерпретаций на природу рассматриваемого объекта.

Другая альтернатива – это радикальное решение отказаться от психиатрических концептуализаций и «выпустить на свободу голос Безумия»²⁵⁰. В XX веке Р. Портер предложил проект построения истории

²⁴⁹ Именно такая модель часто используется, например, в той области «философии психиатрии», которая занимается вопросами этики. Такие исследования, безусловно, важны, но в них не настолько ярко проявляются возможности философии воздействовать на психиатрическое знание и переопределять установки, принятые в психиатрии.

²⁵⁰ Фуко М. История безумия в классическую эпоху. С.63.

медицины «снизу»²⁵¹. Его идея состояла в том, чтобы написать историю медицины, ориентируясь исключительно на слова самих больных. Отчасти идеи о важности «собственного голоса» пациента высказывались и представителями антипсихиатрии, в частности Р. Д. Лэйнгом, который предлагал в качестве постулата исследования идею «пользоваться *только* языком переживания»²⁵². Однако мысль о том, что можно написать «историю безумия глазами безумного», остается утопичной. Если руководствоваться данными, полученными исключительно «от первого лица», невозможны анализ и исследование. Кроме того, такой метод привел бы к полной невозможности хоть каких-нибудь общих выводов или классификаций. Даже если можно передать таким образом историю одного заболевания (что само по себе весьма сомнительно), такое рассмотрение не станет основанием для каких бы то ни было обобщений и, как следствие, для получения научного результата.

«Философия психиатрии» стремится избежать обеих указанных крайностей. Приведенные выше примеры показывают, как это происходит в конкретных исследованиях. С одной стороны, «философия психиатрии», безусловно, сохраняет традиционные медицинские определения и демаркации: в ней рассматриваются те же болезни и симптомы, что и в классической психиатрии. С другой стороны, в этом описании выбираются те области, которые в традиционном понимании функционируют в качестве значимой характеристики психического заболевания, но, тем не менее, недоступны интерпретации и осмыслению. Бредовые высказывания, безусловно, принимаются в

²⁵¹ Портер Р. Взгляд пациента. История медицины «снизу» // Болезнь и здоровье. Новые подходы к истории медицины. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, Алетейя, 2008. С. 41-73.

²⁵² Лэйнг Р.Д. Феноменология переживания // Лэйнг Р.Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов: Инициатива, 2005. С. 21-158. С. 121.

расчет при классическом психиатрическом описании, но рассматриваются как нечто, содержание чего не может быть подвергнуто осмыслению. Трансформации телесного опыта являются сущностной характеристикой ряда психических расстройств, однако сами эти трансформации никак не описываются и не осмысляются, анализируется лишь связанное с ними поведение. Задача философии в этом случае состоит в том, чтобы найти пути возможного осмысления этих областей.

Безусловно, ключевым условием является возможность говорить об этих областях в дискурсивной плоскости; кроме того, это «выражение» заболевания не должно совпадать с языком врача, так как язык врача уже предполагает определенную имплицитную интерпретацию. Поэтому крайне значимы для «философии психиатрии» самоописания больных. Такие самоописания представляют собой как бы «нулевой язык», который может подвергаться дальнейшим интерпретациям и толкованиям. В частности, в качестве возможных способов интерпретации указан способ понимания бредовых высказываний через анализ проявляющихся в них «базовых установок», а телесного опыта – через анализ с использованием феноменологического аппарата.

Таким образом, задача поиска методов дисциплинарного взаимодействия в таких исследованиях решается за счет того, что в рамках одной дисциплины находятся области, которые она определяет, но оставляет за границами интерпретации, а другая дисциплина предлагает модели для осмысления содержания этих областей. Роль философии в данном случае двойка. Во-первых, «философия психиатрии» проблематизирует традиционные установки психиатрии, указывая на возможность исследования новых областей. Кроме того,

философия предлагает и способы осмысления содержания этих сфер: в рассмотренных выше случаях – анализ «базовых установок» человека и анализ его телесного воплощения. В этих случаях интерпретируется целостный способ человеческого существования, который, безусловно, может быть предметом философского осмысления. Стоит отметить, что решение первой задачи (выявление новых областей, доступных дискурсивному анализу и интерпретации) позволяет также анализировать эти новые области средствами других дисциплин.

Кроме того, данные исследования не только расширяют область того, что может быть изучено, но и *изменяют* некоторые традиционные положения. То есть, в целом сохраняя связь с психиатрией, исследования «философии психиатрии» проблематизируют ее отдельные установки. В частности, анализ бредовых высказываний ставит под вопрос базовое положение об «абсолютной убежденности», с которой больной принимает бредовые идеи. В классической психиатрии неспособность пациента занять «критическую» позицию по отношению к своим убеждениям – ключевая характеристика бредовых идей, один из критериев их выделения. Этот же постулат устанавливает границу возможному пониманию содержания бредовых идей. Сделав же попытку проинтерпретировать систему бредовых убеждений, исследования «философии психиатрии» ставят под сомнение это положение и, таким образом, встает вопрос об изменении критериев, которые позволили бы определять бредовые суждения. Альтернативные методы определения бреда (в частности, исследование «базовых установок», о которых пишет Сасс), позволяют, во-первых, отказаться от критерия, который выглядит спорным, а во-вторых, предложить такую модель, в которой бредовые содержания могут быть осмыслены и проинтерпретированы исходя из системы значений пациента.

При анализе расстройств «телесного воплощения» сомнению подвергаются поведенческие критерии заболевания. Новый «феноменологический» язык описания позволяет более точно описать происходящее с пациентом. Классическое описание (в частности, критерии расстройств согласно DSM) оставляло за рамками рассмотрения происходящие трансформации телесного опыта, которые, по большому счету, и составляли суть расстройств. Достаточно бедное описание и сложность разграничения со схожими заболеваниями были отчасти вызваны именно этим. Новая объяснительная модель позволяет дать более развернутое описание расстройства (описав происходящие изменения телесного опыта), а также разграничить разные типы расстройств. В частности и пациенты, страдающие телесным дисморфическим расстройством, и пациенты, страдающие обсессивно-компульсивными расстройствами, могут быть одержимы по поводу состояния своего тела или какой-либо его части. Тем не менее, принимая модель, предложенную Моррис, очень легко разграничить эти расстройства: в случае обсессивно-компульсивного расстройства опыт больного относится к пониманию тела как физического объекта, Körper, а в случае дисморфического расстройства – к телу-для-другого. Точно также несложно провести различие с ипохондрическим расстройством: оно связано с восприятием своего тела в качестве физиологического объекта, а не с оценкой тела со стороны других. Таким образом, при отказе от акцента на поведенческие характеристики открывается возможность для изменения и уточнения критериев расстройства.

Однако, разумеется, задача «философии психиатрии» состоит не только в модификации отдельных критериев расстройств. Большое значение имеет также сама возможность исследовать области, которые традиционно рассматриваются в психиатрии лишенными каких бы то ни

было смыслов, доступных толкованию. Для психиатрии бредовый дискурс и патологические трансформации телесного опыта рассматривались как сферы, где можно наблюдать симптомы, свидетельствующие о наличии того или иного заболевания, но не как феномены, обладающие содержанием, которое может быть самостоятельно исследовано и понято. Соответственно, для того чтобы эти сферы могли быть осмыслены, в том числе, в рамках исследований «философии психиатрии», нужно переопределять их статус и предложить новые средства их описания – такие, которые позволили бы «переводить» данные этих сфер на такой язык, который был бы доступен для обработки и интерпретации различных дисциплин, что и осуществляется в данных исследованиях.

Поэтому роль философии в данных исследованиях заключается в том, чтобы находить в довольно масштабной и неоднородной области (психическая болезнь, психически больной как целостные феномены) новые сферы, которые могут быть объектом осмысленной интерпретации, и в том, чтобы вписывать эти области в общий контекст исследований психической болезни, фиксируя и осмысляя происходящие при этом изменения.

Глава 4. Влияние исследований психопатологии на философию

В предыдущей главе был рассмотрен один из аспектов взаимодействия философии и психиатрии - воздействие философии на формирование знания о психических болезнях, а также происходящая вследствие этого трансформация некоторых положений психиатрической науки, которая приводит к коррекции объяснения отдельных расстройств. Данная глава будет посвящена противоположному вопросу – возможному влиянию исследований психических расстройств на отдельные концепты и категории философской мысли. Для оценки модели междисциплинарности, реализуемой в конкретных исследованиях, важно понимать, приводит ли новая информация, полученная в ходе работы на стыке дисциплин, то есть при решении вопросов, релевантных и для философии, и для психиатрии, к формированию в каждой из дисциплин нового знания, значение которого выходит за рамки вопросов, поднимаемых в междисциплинарных исследованиях. В предшествующей главе было зафиксировано наличие такого знания в психиатрии. Основная задача данной главы – продемонстрировать, что исследования психических заболеваний приводят к разработке положений, продуктивных для философской дискуссии за рамками дискурса о психической болезни. Дополнительная задача этой главы - реконструировать методы воздействия исследований психических расстройств на философию.

В этой главе будет проанализирован основной способ влияния исследований психопатологии на философию. Исследования определенных психических заболеваний предполагают не только создание модели самого расстройства, но и концептуализацию некоторых понятий, многие из которых традиционно рассматриваются в связи с чисто философской проблематикой. Философское осмысление

отдельных психических расстройств затрагивает такие базовые вопросы как статус и возможное понимание субъекта, психофизическую проблему и т. д. Тот материал, который предоставляют подобные исследования, может повлечь за собой пересмотр традиционных представлений об этих феноменах или, по крайней мере, предоставить базу для их альтернативного описания. Таким образом, в рамках самих исследований происходит трансформация или переконцептуализация философских категорий, которая в дальнейшем может быть распространена за рамки этой узкой проблематики изучения психических расстройств. Помимо этого, обращение к материалу, который предоставляют исследования психопатологии, позволяет поставить вопрос о границах и области определения той или иной философской методологии или отдельных концептов, поскольку философская мысль сталкивается с «пограничной» областью.

В этой главе будут рассмотрены примеры исследований, в которых осуществляется философская концептуализация двух заболеваний – диссоциативного расстройства идентичности и шизофрении. Эти расстройства были выбраны по ряду причин. Во-первых, и шизофрения, и диссоциативное расстройство идентичности – это примеры психических заболеваний, представления о которых не отличаются четкостью; кроме того, оба эти расстройства начали массово диагностироваться именно в последнее время. Все это вызывает вопросы о том, что в этих расстройствах является объективным нарушением, а что - отражением господствующих представлений в психиатрии. В силу этого, в случае этих расстройств существует серьезный запрос на создание работающей концептуализации, для чего привлекаются в том числе и философские ресурсы. С другой стороны, понимание этих расстройств тесно связано с вопросами, которые значимы и для

философской работы. При рассмотрении этих заболеваний реализуется принцип, согласно которому «философская рефлексия в области философии психиатрии должна обратиться к самому пониманию человеческой субъективности»²⁵³. В каждом параграфе будут рассмотрены отдельные работы, в рамках которых создается такая концептуализация личности, субъекта, Я (self), благодаря которой возможно продуктивное и непротиворечивое описание расстройства. В итоге создаются новые модели, которые могут быть использованы не только для описания патологических случаев. Безусловно, проблематика личности не является исключительно философской; подобные вопросы могут быть релевантны и для психологии. Тем не менее, здесь будут рассмотрены работы, которые в явном виде привлекают философский аппарат, и выводы которых могут иметь значение для собственно философских дискуссий.

4.1 Диссоциативное расстройство идентичности: вопрос о природе личности

Одним из самых ярких примеров расстройства, концептуализация которого серьезно затрагивает представления о базовых философских понятиях, можно назвать диссоциативное расстройство идентичности²⁵⁴. Это заболевание вызывает интерес не только у специалистов-психиатров, но и у философов, публицистов и широкой публики. Осмысление диссоциативного расстройства идентичности затрагивает такие фундаментальные вопросы как целостность Я, соотношение личности и идентичности, психофизическую проблему; кроме того, истории некоторых пациентов настолько необычны, что они ставят под вопрос наше интуитивное понимание того, что такое человек. Помимо

²⁵³ Сокулер З. А. Философия, психиатрия и понимание субъективности // Косилова Е. В. Психиатрия: опыт философского анализа. М.: Проспект, 2014. С. 5-8. С. 6.

²⁵⁴ Иногда используется термин «расстройство множественной личности»; встречается даже неординарный вариант «многоликая личность».

прочего, эти случаи «привлекают внимание философов отчасти потому, что претендуют на описание действительных случаев разделения личности, разветвления потока сознания, которые могут изучаться эмпирически»²⁵⁵, т.е. обращение к историям пациентов позволяют увидеть на «настоящем» материале проявление тех или иных теоретических затруднений.

Согласно официальному определению «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств», критериями данного расстройства выступают следующие положения. Во-первых, для диагностики диссоциативного расстройства идентичности необходимо наличие двух и более отдельных личностей или состояний личности (personality states), для каждой из которых характерен свой способ восприятия себя, реальности и особый тип мышления. Во-вторых, минимум две личности в тот или иной период времени получают контроль над поведением человека. Наконец, различия между личностями должны быть достаточно существенны, чтобы их нельзя было объяснить простой забывчивостью. Обычно можно выделить «основную личность» и другие личности, каждая из которых обладает своими именами и отвечает за отдельные эмоции. Ни одна из личностей не может обладать всем спектром эмоций; каждая проявляет лишь определенные черты. Кроме того, часто (но не всегда) это расстройство вызывает амнезию: одна личность не помнит о действиях, совершенных другой.

В качестве официального диагноза данное расстройство возникло только в 1980 году, когда Американская Психиатрическая ассоциация включила его в свою классификацию. До 1980-х врачи практически не

²⁵⁵ Brown M. T. Multiple personality and multiple identity // Philosophical Psychology. 2011. No. 4 (14). P. 435-447. P. 435.

описывали случаи подобного расстройства: к 1972 году, например, было обнаружено не более двенадцати пациентов, страдавших диссоциативным расстройством идентичности за последние пятьдесят лет²⁵⁶. Однако спустя всего десятилетие этот диагноз становится весьма распространенным: к середине 1980-х насчитывались уже тысячи пациентов. Такая бурная «эпидемия» вызвала в научном сообществе вопрос о причинах подобного «диагностического бума». Мнения колебались между двумя полярными позициями. Многие были уверены, что диссоциативное расстройство идентичности существовало и ранее, но только сейчас врачи наконец-то научились правильно диагностировать это заболевание. Согласно этой позиции, следы этого расстройства могут быть найдены и в гораздо более давние времена; например, можно интерпретировать подобным образом спор о расщеплении личности между позитивистами и спиритуалистами в конце XIX века²⁵⁷. Другая же позиция заключалась в том, что данный диагноз был попросту «изобретен» самими врачами, что повлекло за собой волну «чрезмерного диагностирования»²⁵⁸. Еще одна точка зрения состояла в том, что диссоциативное расстройство идентичности – ятрогенное, то есть вызванное самой терапией заболевание: под гипнозом терапевт может внушить пациентке, «что это не она, это другая ее часть вызвала проблемы»²⁵⁹.

В конечном счете, какую бы из этих позиций мы не предпочли, диссоциативное расстройство идентичности достаточно сильно сопряжено со способом его описания и идентификации. По словам И.

²⁵⁶ Horton P., Miller D. The Etiology of Multiple Personality // *Comparative Psychology*. 1972. No. 13. P. 151–159. P. 151.

²⁵⁷ Hacking I. *Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton: Princeton University Press, 1995. P. 163-165.

²⁵⁸ Putnam F. W. et al. The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: A Review of One Hundred Recent Cases // *Journal of Clinical Psychiatry*. 1986. No. 47. P. 285–293.

²⁵⁹ Humphrey N., Dennett D. C. *Speaking for Our Selves* // Dennett D.C. *Brainchildren. Essays on Designing Minds*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1998. P. 31-58. P. 51.

Хэкинга, «у некоторых врачей в 1840-е были пациенты с множественной личностью, но клиническая картина существенно отличалась от той, которая стала общепринятой в 1990-е»²⁶⁰. Можно предположить, что поведение пациентов действительно изменилось со сменой эпохи; возможна также идея, что «пациенты различались, поскольку различались ожидания врачей»²⁶¹; кроме того, возможно предположение, что разница состояла именно в самих моделях описания. Так или иначе, данное расстройство не является чем-то таким, что объективно фиксировалось вне зависимости от теоретических установок врача; возможность диагностировать диссоциативное расстройство идентичности во многом зависит от принятых предпосылок и от того, позволяют ли они концептуализировать происходящее с пациентом в качестве единого феномена, а не множества несвязанных симптомов или простой фикции.

Также стоит отметить, что, помимо того, что теоретическое осмысление диссоциативного расстройства идентичности достаточно проблематично, зависимо от исторического контекста и, как будет показано позже, имеет серьезные импликации для вопросов, выходящих за рамки психиатрии, практическая диагностика расстройства зачастую включает понимание болезни, сформированное самой практикой. Такое понимание, с точки зрения Хэкинга, может быть описано в рамках «семейного сходства» и теории прототипов: психиатр понимает сущность расстройства и учится его диагностировать исходя из описания типичных случаев, а не из принятых и утвержденных критериев. Поэтому вместо описания расстройства посредством задания критериев в литературе, посвященной диссоциативному расстройству идентичности, зачастую используется описание «прототипа», то есть

²⁶⁰ Hacking I. Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory. P. 21.

²⁶¹ Ibid.

конкретного случая, который выступает в качестве яркого примера, репрезентирующего основные черты расстройства. В качестве таких примеров таких «прототипов» можно указать историю Ширли Ардель Мэйсон, история которой легла в основу книги «Сибилла»²⁶², или случай Мэри, который приводят Д. Деннет и Н. Хамфри²⁶³. Эти и подобные истории хорошо демонстрируют наиболее существенные и распространенные черты, проявляющиеся при расстройстве; к примеру, в качестве случая-«прототипа» всегда выступают истории, где у пациента наблюдается амнезия, которая является характерной, но необязательной чертой диссоциативного расстройства идентичности. Соответственно, знание о расстройстве, которое часто представлено в виде отсылки к отдельным случаям, служит не столько задаче создать полное описание расстройства и классификацию симптомов, но создать некоторую схему, которая будет представлять картину расстройства.

Такое внимание к частным примерам также показывает, насколько неопределенным в целом является понимание этого расстройства, вне зависимости от того, идет ли речь о теоретическом или практическом «понимании». Соответственно, с одной стороны, представления о данном заболевании разнятся, но с другой стороны, как будет показано далее, весь спектр возможных способов понимания этого расстройства серьезно связан с теми допущениями, которые делаются по поводу таких вопросов, как определение понятий «личность», «идентичность», «Я», «целостность личности».

Определение личности – дискуссионный и неоднозначный вопрос, даже если оставить за рамками случаи пациентов, страдающих диссоциативным расстройством идентичности. «Личность» - это, с

²⁶² Schreiber F.R. Sybil. Washington: Regnery Publishing, 1973.

²⁶³ Humphrey N., Dennett D. C. Op. cit. Pp. 31-58.

одной стороны, «неустраняемая часть нашего концептуального аппарата»²⁶⁴ и «интуитивное неуязвимое понятие»²⁶⁵: мы не можем избежать обращения к этому понятию как в философском, так и в обыденном дискурсе. Тем не менее, нельзя сказать, что это широко используемое понятие обладает концептуальной ясностью. Определения и критерии личности разнятся, несмотря на «интуитивную ясность» по поводу того, кого мы можем определить как личность. По мнению Деннета, одна из основных проблем, связанных с определением понятия «личность», является следствием смешения двух понятий: морального и метафизического. Для данного рассмотрения представляется оправданным использование этого различия, поскольку дискуссии, которые были вызваны обращением к случаям диссоциативного расстройства личности, также затронули оба эти возможных понимания личности и повлияли на каждое из них.

Личность в метафизическом смысле – это «понятие, в самом общем смысле, разумного, обладающего сознанием и чувствами агента»²⁶⁶, а личность в моральном смысле – это понятие, в первую очередь, юридического дискурса: «агент ответственный, обладающий правами и обязанностями»²⁶⁷. Эти понятия во многом переплетены и находятся в достаточно сложном соотношении. Согласно С. Брауде, объяснение того, что происходит в патологических случаях, требует, с одной стороны, «проблемы личности, личной идентичности (personal identity) и природы психологического объяснения»²⁶⁸, а с другой

²⁶⁴ Деннет Д. Условия присутствия личности // Логос. 2003. №2. С. 135-153. С. 136.

²⁶⁵ Там же.

²⁶⁶ Там же.

²⁶⁷ Там же.

²⁶⁸ Braude S. Multiple Personality and Moral Responsibility // Philosophy, Psychiatry & Psychology. 1996. No. 3(1). P. 37-54. P. 37.

стороны²⁶⁹ - «проблемы ответственности в таких случаях». Таким образом, при исследовании этого расстройства затрагивается концептуализация обоих аспектов понятия личности.

Значительное место в современных дебатах о природе диссоциативного расстройства идентичности занимают дискуссии, связанные с «моральным» пониманием личности. Вопросы о критериях моральной личности применительно к случаям диссоциативного расстройства стали активно подниматься во многом благодаря ситуациям, когда пациенты, страдающие данным расстройством, оказывались перед судом. В таких случаях возникал вопрос о юридической ответственности, который затрагивал понимание морального субъекта и проблематизировал критерии, достаточные для привлечения человека к ответственности. В случаях, когда преступления совершал человек, страдающий диссоциативным расстройством идентичности, под вопрос ставилось тождество личности, совершившей преступление, и личности, стоящей перед судом.

«Закон основан на понятии индивида как единства <...> человек должен нести ответственность вне зависимости от того, сколько в нем личностей <...> поскольку «основная личность» доминирует практически во всех случаях множественного расстройства»²⁷⁰ - так звучала радикальная позиция, которая, по сути, приравнивала здорового человека и человека, страдающего диссоциативным расстройством личности, на основании преоварирования у последнего одной из личностей над другими. Согласно этой позиции, случаи пациентов не

²⁶⁹ На его взгляд, второй аспект оставался недооцененным; однако за прошедшее с 1996 года, когда был опубликован этот текст, время, ситуация достаточно сильно изменилась: на сегодняшний день количество текстов, посвященных вопросам моральной и юридической ответственности пациентов, существенно возросло.

²⁷⁰ Slovenko R. How criminal law has responded in multiple personality cases // The Psychiatric Times. 1991. No. 3(11). P. 22-26. P. 25.

должны были выделяться в особую категорию. Тем не менее, часто защита обвиняемых, ссылаясь на наличие «основной личности», указывала, что «основная» личность не могла быть в курсе неправомερных поступков, совершенных другими личностями. Такая логика рассуждений базировалась на том, что частичная либо полная амнезия касательно поведения других личностей – сущностная черта расстройства. Таким образом, мы видим существование двух совершенно противоположных позиций, исходящих из принципиально разного понимания расстройства. Поскольку ни одна из этих позиций не обладала настолько серьезными аргументами, которые позволили бы полностью отказаться от другой, была выдвинута идея о необходимости критерия, который позволял бы принимать решение в конкретных случаях, оценивая ситуацию с той или иной позиции в зависимости от обстоятельств.

Один из вариантов такого критерия был предложен С. Бенке и У. Синнотт-Армстронгом. Согласно их позиции, «два состояния личности принадлежат одной личности, если выполняется одно или более из следующих условий: 1) у них общий функционирующий мозг; 2а) у них одна и та же опытная память; 2б) они обладают системой опытной памяти, которая сходится в количественно равном опыте; 2в) они могут после определенной терапии получить общую опытную память или систему опытной памяти, сходящуюся в количественно равном опыте»²⁷¹. Этот критерий, безусловно, можно назвать физиологическим, поскольку первое условие (единство мозга) выполняется во всех случаях, когда мы можем говорить о физическом единстве человека. Соответственно, если считать органическое единство достаточным основанием для того, чтобы постулировать единство личности, то

²⁷¹ Matthews S. Establishing Personal Identity in Cases of DID // Philosophy, Psychiatry & Psychology. 2003. No. 10 (2). P. 143-151. P. 145.

невозможно говорить о том, что одна личность не отвечает за то, что совершила другая. Отсутствие контроля за поведением и отсутствие доступа к части воспоминаний оказываются при таком понимании несущественным феноменом, который не стоит принимать в рассмотрение (как не может служить основанием для освобождения от ответственности, например, склероз). Однако физиологический критерий довольно спорен, поскольку такая трактовка случаев диссоциативного расстройства идентичности, во-первых, контринтуитивна, а во-вторых, игнорирует специфику этих ситуаций. В большинстве случаев физическое единство человека является логичной предпосылкой для положительного решения вопроса о его юридической ответственности (С. Мэтьюз приводит пример²⁷² с отпечатками пальцев: тот факт, что оставленный отпечаток является однозначной уликой, вытекает из предположения о физическом единстве личности, хотя эта предпосылка не становится предметом рефлексии), в случае же пациентов физиологический критерий не может приниматься так безоговорочно.

Неудовлетворительность предложенного физиологического критерия создала запрос на поиск других критериев личности, которые могли бы считаться достаточными для решения вопроса об ответственности. Частым в дискуссиях на эту тему стало обращение к аргументации Дж. Локка. Личность, согласно Локку, - «это юридический термин, касающийся действий и их ценности и относящийся поэтому только к разумным существам, знающим, что такое закон, счастье и несчастье. Эта личность простирает себя за пределы настоящего существования, к прошлому только силой сознания; вследствие этого она беспокоится о прошлых действиях,

²⁷² Ibid. P. 148.

становится ответственной за них, признавая за свои и приписывая их себе совершенно на том же самом основании и по той же причине, что и настоящие действия»²⁷³. В этом рассуждении, очевидно, также содержится предпосылка, что телесная идентичность является вовсе недостаточной для утверждения об идентичности личности. Ключевым моментом для юридического определения личности, выступает, по Локку, осознание ответственности за свои прошлые действия. Учитывая, что больной диссоциативным расстройством идентичности не помнит действия, совершенные одной из его личностью, данный критерий личности предполагал бы освобождение от ответственности.

Этот критерий можно – в противовес физиологическому – назвать психологическим (именно этот термин использует Д. Парфит в работе «Разумы и личности»), поскольку в основе единства личности, с этой позиции, лежит единство воспоминаний, т.е. некая постоянная ментальная сущность²⁷⁴. Единство воспоминаний, наблюдаемых у человека сегодня и у человека некоторое количество времени назад, также кажется контринтуитивным в качестве критерия единства личности. С целью преодолеть эту контринтуитивность Парфит предлагает модифицированную версию «психологического критерия», названного «критерий психологической протяженности». Согласно этой версии, психологический критерий личности должен «отсылать не к одному воспоминанию, но к постоянству памяти, или, более широко, к отношению, которое включает другие типы психологического постоянства»²⁷⁵, утверждая тем самым, что «единственной связи [между воспоминаниями] или набора близких связей никогда не будет

²⁷³ Локк Дж. Опыт о человеческом разумении // Локк Дж. Сочинения в 3-х т. М.: Мысль, 1985. 621с. С. 400.

²⁷⁴ Parfit D. *Reasons and Persons*. Oxford: Clarendon Press, 1987. P. 205.

²⁷⁵ *Ibid.* P. 219.

достаточно для идентичности»²⁷⁶, эти связи должны быть непрерывными.

В конечном счете, оба критерия, и физиологический, и психологический (в классической или модифицированной версии) – это та или иная версия редукционизма²⁷⁷, сводящая человека или к постоянству существования мозга или к постоянству его воспоминаний. Однако в зависимости от того, какой критерий будет выбран, различным образом будет решен вопрос о моральной ответственности и о наличии или отсутствии единой моральной личности. Случаи обвиняемых, страдающих диссоциативным расстройством идентичности, соответственно, также будут рассматриваться по-разному. Значимым с философской точки зрения в данном случае является не то, какую из заявленных позиций мы в итоге предпочтем (или, к примеру, введем какой-либо новый критерий), а сам факт, что при такой постановке вопроса «моральная» личность определяется *критериально*. Разные стороны в суде и разные теоретики апеллируют к различным критериям, однако и те и другие сходятся в том, что, во-первых, возможно определить «моральную» личность, используя один критерий, а во-вторых (это предполагается имплицитно), в том, что, если такой критерий существует, то он должен быть в равной степени применим к патологическим, и к нормальным случаям. В частности, физиологический критерий вне обращения к примерам диссоциативного расстройства идентичности кажется вполне «рабочим», однако в этих случаях он приводит к неоднозначным следствиям. Таким образом, проблематизация «моральной» личности именно в контексте данного расстройства приводит к усилению одной из позиций в споре и к появлению аргументов, направленных против другой.

²⁷⁶ Matthews S. Establishing Personal Identity in Cases of DID. P. 149.

²⁷⁷ Parfit D. Reasons and Persons. P. 210.

Точно так же, как случаи диссоциативного расстройства идентичности могут служить примерами, показывающими проблемные места той или иной концепции моральной личности, они могут показывать, каковы описательные и объяснительные возможности какой-либо метафизической концепции личности. В частности, свое представление о типологии пониманий личности и возможностях разных моделей в связи со случаями диссоциативного расстройства представляет в книге «Множественное первое лицо: диссоциативное расстройство идентичности и философия сознания»²⁷⁸ Брауде.

Первая из рассматриваемых им групп концепций – «организмический концепт личности»²⁷⁹. Этот тип представлений объединяет разные модели личности, которые характеризуются тем, что личность в них представляет собой целостность субъекта и объекта, некое единство, обладающее рядом существенных признаков. Такими признаками могут выступать, например, способность к моральному действию, наличие прав или языковых способностей. Тем не менее, принципиально не только наличие характеристик, связанных с активностью субъекта (к примеру, способность к моральному действию), но и единство воплощенности, которое позволяет личности выступать так же и в качестве объекта. В данной модели невозможно говорить об альтернативных личностях, поскольку идея о различных личностях, существующих в одном теле, нарушает постулат о единстве воплощенности. Другой вариант понимания личности Брауде называет диспозициональным. В этой концепции субъект-объектное единство непринципально для утверждения личности, поскольку она выступает как чистый агент. «Личностью индивида делает набор психологических

²⁷⁸ Braude S. E. First Person Plural: Multiple Personality and the Philosophy of Mind. London: Routledge, 1991.

²⁷⁹ Ibid. P. 193.

и поведенческих характеристик – в той степени, в какой мы готовы вырабатывать свое отношение к индивиду, взаимодействовать с ним как с более или менее автономным агентом и выстраивать с ним отношения»²⁸⁰. В таком случае, «альтернативные личности (personalities) будут посчитаны в качестве полноценных личностей (persons)»²⁸¹.

Брауде вводит такое разделение, чтобы продемонстрировать, насколько разные понимания личности существуют в философской мысли. Влияет ли концептуализация диссоциативного расстройства идентичности на то или иное понимание личности? С его точки зрения, сам факт, что ни одно понимание личности не является фундаментальным или доминирующим, свидетельствует о том, что никакие патологические случаи не могут «представлять угрозы для концепта личности»²⁸². Однако значение этих случаев заключается в том, что они могут показать границы применимости того или иного представления о личности. В модели, которая представляет органическое понимание личности, концептуализация диссоциативного расстройства идентичности невозможна. С точки зрения Брауде, это свидетельствует не о противоречивости – и, тем более, не о необходимости отказаться от такого понимания – этой модели, но о том, что в конкретных случаях предпочтение будет отдаваться диспозиционально понимаемой личности. Постулируя, что концептуализация данного расстройства возможна только при определенной модели личности, и что, таким образом, мы видимо ограничения этих моделей, Брауде, тем не менее, использует уже существующие модели понимания личности. Концептуализация диссоциативного расстройства идентичности в рамках одной из этих

²⁸⁰ Ibid. P. 200.

²⁸¹ Ibid. P. 199.

²⁸² Ibid. P. 206.

двух концепций не оказывает влияние на представления о личности, но «влияет на наше решение применить тот или иной концепт»²⁸³. Тем не менее, сам факт того, что одно из этих пониманий личности явно накладывает ограничения на область случаев, к которым оно может быть применено, может служить аргументом, так или иначе используемым для критики такой позиции.

Помимо анализа существующих концепций личности, возможно создание новой модели, которая позволила бы объяснить специфику людей, страдающих данным расстройством. Свои теории личности, объясняющие существование диссоциативного расстройства идентичности, предлагают С. Брауде, Дж. Радден²⁸⁴, К. Уилкс²⁸⁵, О. Фланаган²⁸⁶. Для нас наибольший интерес представляет концепция личности, предлагаемая Деннетом и Хамфри. В этой концепции обращение к диссоциативному расстройству идентичности не только позволяет очертить границы применимости тех или иных способов понимания личности, но оказывает действительное влияние на понятие личности: Деннет представляет такую модель личности, для которой случаи диссоциативного расстройства идентичности оказываются не «слепым пятном» (как, например, для «организмического концепта»), но практически парадигмальным примером.

В работе «Говоря от лица нас самих» Деннет и Хамфри связывают диссоциативное расстройство идентичности и концепцию *fictive-self*. В этом эссе раскрывается взаимное влияние, с одной стороны, философских представлений на концептуализацию психического

²⁸³ Ibid.

²⁸⁴ Radden J. *Divided Minds and Successive Selves*. Cambridge, MA: MIT Press, 1996.

²⁸⁵ Wilkes K. *How Many Selves Make Me?* // *Human Beings*. Ed. by D. Cockburn. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. P. 235-244.

²⁸⁶ Flanagan, O. *Multiple Identity, Character Transformation, and Self-Reclamation* // *Philosophical Psychopathology*. Ed by G. Graham and G. L. Stephens. Cambridge, MA.: The MIT Press, 1994.

расстройства – и, с другой, воздействие созданной модели расстройства на философские концепты. «Пока и до тех пор пока не будет продемонстрировано, что расстройство множественной личности²⁸⁷ теоретически возможно, - то есть, продемонстрировано отсутствие как логического, так и научного противоречия – все дискуссии о доказательствах его существования, вероятно, будут скомпрометированы априорным недоверием»²⁸⁸. Таким образом, создание концептуальной схемы служит цели, в первую очередь, описания расстройства. С другой стороны, существует и обратное воздействие. Схема личности должна быть построена таким образом, чтобы она могла объяснять патологический феномен, и это накладывает на нее определенные ограничения.

Деннет и Хамфри не ставят задачи ответить на вопрос, реально ли диссоциативное расстройство идентичности. Несмотря на то что они апеллируют к фактическим обстоятельствам конкретных случаев заболевания, они не дают ответа, чем в действительности является это расстройство и эти примеры. Их цель состоит в том, чтобы показать, как это расстройство возможно с теоретическим и концептуальным смыслом, предоставить модель, которая могла бы объяснить существующую информацию. Вопрос о возможной концептуализации данного расстройства зависит для Деннета от вопроса о принятии той или иной концепции «Я» (self). Он противопоставляет две крайние позиции. Одна из них – это концепция «proper-self» («реализм»), наследующая представлениям о душе. Согласно этой концепции, Я воспринимается как некая реальная сущность, «призрачный надзиратель, живущий в

²⁸⁷ Деннет и Хамфри используют термин «multiple personality disorder», вместо принятого сейчас «dissociative identity disorder»

²⁸⁸ Humphrey N., Dennett D. C. Op. cit. P. 39.

голове»²⁸⁹. Ей противопоставлена концепция «fictive-self» («ревизионизм»), где Я выступает в качестве объяснительной функции. Я в таком понимании не сущность, а удобный объяснительный принцип: для того чтобы описывать поведение или поток сознания, удобно «представлять существование сознательного внутреннего Я»²⁹⁰. Я – это «теоретическая фикция», «созданная моим мозгом»²⁹¹. Такое «фиктивное» Я (или такие «фиктивные» Я) не отсылают к чему-то субстанциальному; Я принадлежит уровню описания. Принципиальное отличие концепции Деннета от работ, рассмотренных выше, заключается в том, что он не просто предоставляет аргументы, которые могут быть использованы в поддержку какой-либо концепции «Я»; Деннет эксплицитно отдает предпочтение модели, в которой может быть объяснено диссоциативное расстройство идентичности, более того, такой способ описания распространяется и на не-патологические случаи.

Стоит подробнее сказать о том, что представляет собой «фиктивное Я». Согласно «ревизионистским» взглядам, человек может функционировать как «целенаправленный и интегрированный агент»²⁹², даже если мы предположим отсутствие у него внутреннего Я. Аргумент заключается в том, что человек представляет собой сложную систему, состоящую из множества подсистем, каждая из которых выполняет определенные действия; система функционирует слаженно и производит впечатление «целенаправленной и интегрированной», тем не менее, в реальности работа подсистем не координируется единой инстанцией, которой, с позиции «реалистов», и должно являться Я. Деннет приводит примеры, которые служат наглядной иллюстрацией этой позиции. Один из них – знаменитая аналогия, связывающая единство человеческой

²⁸⁹ Ibid.

²⁹⁰ Ibid. P. 40.

²⁹¹ Dennett D. *Consciousness Explained*. Boston: Little, Brown, and Company, 1991. P. 429.

²⁹² Ibid.

личности и единство колонии термитов: каждый термит выполняет свой участок работы, но, благодаря групповой сплоченности, колония способна выполнять скоординированные действия больших масштабов. Другой аргумент, который представляет больший интерес в контексте обсуждения диссоциативного расстройства идентичности – это метафора американского общества. На уровне описания (fictive level) «не будет ошибкой персонифицировать США и говорить так, будто бы у них есть внутреннее Я»²⁹³, которое обладает некоторыми интенциональными состояниями (например, ненавидит коммунизм). В реальности, однако, не существует никакого «мистера американское Я». Однако, в отличие от примера с термитами, в случае Соединенных Штатов существует лицо, которое может считаться «представителем» национального Я. Считается, что президент страны представляет (represent) различные ее части и, в силу этого, может говорить от ее имени. Соответственно, Деннет использует эту метафору как модель для объяснения человеческого сознания: как у государства есть глава, так и у сознания (mind) может быть свой глава, который аналогичным образом может рассматриваться как тот, кто репрезентирует целостную жизнь сознания.

На основе этого, по сути, метафорического описания, строится концепция личности, обладающей своего рода «главой сознания». Согласно модели, предложенной Деннетом, человеческое существование начинается с состояния, когда никакого Я, никакой «главы сознания» нет в принципе; есть лишь непрерывный поток сознания. Далее происходит знакомство человека с различными моделями Я. Так начинают формироваться *fictive-selves*, «кандидаты» на роль «главы сознания», представителя человека во внешнем мире.

²⁹³ Humphrey N., Dennett D. С. Р. 41.

Выбор между этими «кандидатами» - это «выбор без выбирающего»²⁹⁴ (т.е. без некой инстанции, аналогичной proper-self), точно так же, как и выборы в стране не являются результатом чьей-то единой воли. Процессы такого рода происходят, согласно предложенной модели, у каждого человека. Пользуясь данной аналогией, можно объяснить специфику процессов, протекающих в сознании человека, страдающего диссоциативным расстройством идентичности. Продолжая параллель с выборами, можно сказать, что различные fictive-selves настолько сильны, что не могут выбрать одну личность, репрезентирующую все «государство» сознания; ситуация напоминает ситуацию постоянных перевыборов, когда отдельные элементы (различные личности) не готовы признать результаты «выборов». Соответственно, у пациентов разный представитель сознания берет верх в разное время; «временно победивший» представитель контролирует поведение человека, «предполагая его действия своими действиями, опыт – своим опытом, воспоминания – своими воспоминаниями»²⁹⁵. Эта же аналогия объясняет характерную для расстройства амнезию: личность, которая временно победила, стремится переписать личную историю (так же, как победившая политическая сила переписывает историю государства). Деннет предлагает даже возможный вариант реализации этой метафоры²⁹⁶ в терминах нейрофизиологии, указывая на то, что «события, очень напоминающие выборы, происходят в мозге постоянно – каждый раз, когда связанные паттерны активности соперничают за контроль над одной и той же системой»²⁹⁷, например, когда сталкиваются два различных визуальных образа.

²⁹⁴ Ibid. P. 59.

²⁹⁵ Ibid. P. 46.

²⁹⁶ Эти предположения служат лишь иллюстративным материалом, так как эксплицитная задача работы Деннета и Хамфри – показать логическую возможность расстройства.

²⁹⁷ Ibid. P. 44.

В данном случае концептуализация личности оказывается одинаковой вне зависимости от наличия или отсутствия расстройства. «В вопросе «Я» внутри нас, нет точно установленной границы между нормальными людьми, такими как мы, и больными»²⁹⁸. Диссоциативное расстройство идентичности – это в некотором смысле «парадигмальный» случай, случай, где все те черты, которые проявляются, в логике данной модели, для каждого человека, оказываются выражены наиболее явно. В некотором смысле расстройство оказывается иллюстрацией, позволяющей продемонстрировать модель Деннета, обозначить ее различия с традиционным пониманием личности. Но можно ли сказать, что расстройство имеет для данной модели исключительно иллюстративный характер, всего лишь «иллюстрирует определенные утверждения о сознании»²⁹⁹? Утверждать так было бы не совсем верно, поскольку модель Деннета и Хамфри в первую очередь позволяет непротиворечиво описать ситуацию человека, страдающего такого рода расстройством. Это накладывает на создаваемую модель личности определенные ограничения и, таким образом, влияет на пределы того, что и как она может описывать. Таким образом, в данном случае мы можем наблюдать пример взаимного влияния концептуализации личности и концептуализации заболевания.

4.2 Концептуализация шизофрении: проблема уровней Я (self)

Шизофрения – один из самых запутанных концептов, существующих в психиатрической науке, и в то же время, наверное, самый привлекательный объект для философского анализа в сфере психической болезни. По мнению М. Гелдера и соавторов, «среди основных психиатрических синдромов шизофрения – самый трудный

²⁹⁸ Graham G. Recent Work in Philosophical Psychopathology // American Philosophical Quarterly. 2002. No. 2 (39). P. 109-134. P. 120.

²⁹⁹ Hacking I. Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory. P. 222.

для определения и описания»³⁰⁰. М. Экройд говорит о «недостатке общего языка»³⁰¹ для разговора о шизофрении и для ее диагностирования. Как и в случае с диссоциативным расстройством идентичности, концептуализация шизофрении требует осуществления определенных ходов и принятия определенных предпосылок; поэтому выбор той или иной модели понимания этого расстройства с необходимостью повлечет за собой решение других проблем, в том числе и более общего характера.

Прежде всего, стоит прояснить, в чем состоит «смутность» этого понятия. Невозможно однозначно сказать – как и в случае с рядом других психических заболеваний – в каком качестве существовало это расстройство до того, как оно вошло в официальную медицинскую нозологию. Ж. Гаррабе, начиная свою книгу «История шизофрении» с описания симптомов, которыми характеризовалось состояние героя романа Бальзака, и указывая, что они могли бы быть однозначно истолкованы как проявления шизофрении, утверждает, что «открыть болезнь не означает на самом деле только идентифицировать некоторое количество симптомов (которые, впрочем, другие наблюдатели уже могли заметить) и объединить их в связное целое, в структуру, но также предложить теорию, объясняющую ее генез, теорию, находящуюся в соответствии с научными знаниями и философией данного времени»³⁰². С его точки зрения, с одной стороны, существуют определенные симптомы, которые свидетельствуют о шизофрении вне зависимости от господствующей в данную эпоху медицинской модели, с другой – не

³⁰⁰ Gelder M, Harrison P, Cowen P. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford, New York: Oxford University Press, 2006.

³⁰¹ Akroyd M. J. You can't spell schizophrenia without an 'I': how does the Early Intervention in Psychosis approach relate to the concept of schizophrenia as an ipseity disturbance? // Early Intervention in Psychiatry. 2013. No. 7 (3). P. 238-246. P. 239.

³⁰² Гаррабе Ж. История шизофрении. М., СПб.: М., СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский Психоневрологический Институт им. В. М. Бехтерева, 1999. С. 15.

факт, что можно это делать с определенной долей достоверности, учитывая всю неопределенность понятия «шизофрения».

Сам термин «шизофрения» был введен Блейлером в 1908 году; во многом это понятие являлось модификацией предложенного в 1800-х гг. Э. Крепелином понятия *dementia praecox*; помимо того, сходное заболевание было немногим раньше описано в работах В. Х. Кандинского и С. С. Корсакова (Кандинский называл болезнь идеофренией, Корсаков – дизнойей). Представления о шизофрении менялись на протяжении XX века неоднократно: этим словом обозначалось и состояние, вызывающее необратимые процессы в организме, и «психолого-феноменологически описываемый мир переживаний – целый мир странного бытия души»³⁰³. Кроме того, не было четкого мнения по поводу того, чем является шизофрения – единым заболеванием или названием для группы расстройств. В частности, в DSM-III вместо шизофрении была обозначена группа «шизофренических расстройств».

Современная классификация содержит группу, которая носит название «шизофрения и другие психотические расстройства», включающую, помимо собственно шизофрении, шизоаффективное расстройство, бредовое расстройство и т.д. Шизофрения, согласно «Руководству по диагностике и статистике психических расстройств», характеризуется как расстройство, продолжающееся не менее шести месяцев, притом что не менее месяца проявляются такие симптомы, как бред, галлюцинации, расстройство речи, гебефреническое или кататоническое поведение, негативные симптомы. Кроме того, выделяются подтипы (параноидная, гебефреническая, кататоническая,

³⁰³ Ясперс К. Стриндберг и Ван Гог. Опыт сравнительного патографического анализа с привлечением случаев Сведенборга и Гельдерлина. СПб.: «Академический проект», 1999. С. 225.

неуточненная, остаточная). Несмотря на представление о шизофрении как о единой болезни, указывается, что «ключевые черты шизофрении – это смесь характерных знаков и симптомов»³⁰⁴.

Помимо этого, дополнительная «смутность» представлений о шизофрении связана с проблемой культурной обусловленности заболевания. Проблему для определения едва ли не любого психического расстройства представляет то, что «в некоторых культурах считается вполне нормальным такое поведение, которое у нас в большинстве случаев вызывает наступление психиатрической ситуации»³⁰⁵. Но в случае шизофрении, «само существо которой состоит как бы в отклонении от разумности»³⁰⁶, вопрос о норме и патологии и их культурной обусловленности имеет ключевое значение.

Концептуализация шизофрении зачастую была связана с вопросами о субъекте, мышлении, единстве личности и пр. Первая связанная концепция шизофрении Э. Блейлера по своему содержанию вполне могла бы быть названа философской, поскольку в ней описывался особый тип мышления, для которого было характерно «преобладание внутренней жизни, сопровождающееся активным уходом из внешнего мира»³⁰⁷. «Концепция шизофрении Блейлера привела его к открытию психической реальности. Аутистическое мышление создает новый, фантастический мир, который для шизофреников так же реален, как и другой»³⁰⁸. Практически все философские концепции психической болезни в XX веке оперировали примерами шизофрении. Можно

³⁰⁴ DSM-IV-TR. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. P. 298

³⁰⁵ Косилова Е. В. Психиатрия: опыт философского анализа. С. 116.

³⁰⁶ Там же. С. 115.

³⁰⁷ Блейлер Э. Аутистическое мышление.

³⁰⁸ Гаррабе Ж. История шизофрении. С. 99.

вспомнить теорию «двойного послания» (double bind)³⁰⁹ Г. Бейтсона, где шизофрения исследуется через анализ типов коммуникативных сообщений: шизофреник, по Бейтсону, ошибается в «приписывании правильной коммуникационной модальности сообщению»³¹⁰. Практически все представители феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа обращались к опыту шизофреников, пытались обратиться к трансформациям, происходящим в их внутреннем мире. Для Р. Д. Лэйнга и ряда других представителей антипсихиатрии шизофрения представлялась в качестве стратегии выражения своих внутренних переживаний, отличающейся от общепринятых и вызванной невозможностью соответствовать стандартным моделям внешнего поведения, «успешная попытка избежать приспособления»³¹¹. Ж. Делёз и Ф. Гваттари создавали модель шизоанализа³¹², в которой данное расстройство понималось как предел социального развития; шизофренический опыт потому «выходит к вопросам, которые актуальны для всех людей, но с которыми психотики имеют дело наиболее прямым образом»³¹³.

Стратегии исследования шизофрении в современной «философии психиатрии» также разнообразны, для объяснения шизофрении используются различные модели – от феноменологических до нейрофизиологических. Наша задача заключается в том, чтобы рассмотреть возможность влияния концептуализации шизофрении на решение более общих вопросов, прежде всего связанных с природой субъекта. Для этого необходимо проанализировать, как те или иные

³⁰⁹ Иногда этот термин переводится как «двойная петля», «двойное связывание» и т.д.

³¹⁰ Бейтсон Г. Экология разума. Избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии. М.: Смысл, 2000. С. 230.

³¹¹ Лэйнг Р. Д. Указ. соч. С. 71.

³¹² См. Делёз Ж., Гваттари Ф. Анти-Эдип: Капитализм и шизофрения. Екатеринбург: У-Фактория, 2007; Делёз Ж., Гваттари Ф. Тысяча плато: Капитализм и шизофрения. Екатеринбург: У-Фактория, 2010.

³¹³ Bogue R. Deleuze and Guattari. London: Routledge, 1989. P. 91.

выводы, которые делаются при попытке объяснить это расстройство, могут эксплицироваться в более широких дискуссиях, напрямую не связанных с исследованием шизофрении. В качестве яркого примера такого взаимовлияния мы рассмотрим, как определенные нарушения, происходящие при шизофрении, осмысляются через обращение к понятию «до-рефлексивного Я» и каким образом такая концептуализация оказывает влияние на вопрос о структуре субъекта.

В рассматриваемой концепции объектом рассмотрения становится «шизофреническая дис-социальность». Этот термин вводится Дж. Стангеллини и М. Баллерини для уточнения понятия «социальная дисфункция», поскольку последнее, согласно их рассуждениям, является негативным понятием, определяемым через дефицит или нехватку тех или иных социальных навыков³¹⁴. Задача же исследования «дис-социальности» заключается в том, чтобы продемонстрировать не только недостаток социальных навыков у психически больных, но и причины и особенности нарушения их деятельности в социальном мире.

Любопытно, но концептуализация шизофрении в этом подходе изначально базируется не на трансформациях субъективности, а на вопросах вписанности психически больного в социальный мир, однако исследование этого вопроса, в конечном счете, приводит к серьезным выводам по поводу структуры «Я». Нарушения субъективности довольно часто рассматривались как основа шизофрении, как минимум, начиная с Э. Крепелина, который, описывая шизофрению, говорил, что «внутреннее единство сознания – его ключевая черта», и «расстройство этого единства можно сравнить с оркестром без дирижера»³¹⁵. В дальнейшем понимание шизофрении как расстройства субъективности

³¹⁴ Stanghellini G., Ballerini M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia // World Psychiatry. 2002. Vol. 1, No 2. P. 102-106.

³¹⁵ Akroyd M. Op. cit. P. 239.

проявлялось в различных традициях³¹⁶. Более того, шизофрения как нарушение опыта «Я» (например, «разрушение разделительной линии между Я и не-Я»³¹⁷, нарушение единства личности или чувство, что переживаемый опыт принадлежит кому-то другому) – «лейтмотив феноменологической литературы о шизофрении»³¹⁸: «расстройство «Я» (self) считается психопатологическим ядром шизофрении»³¹⁹. Тем примечательнее, что выводы по поводу природы Я являются значимыми предпосылками и для концепции, которая фокусируется на феномене нарушенной социальности.

Отправной точкой для концептуализации шизофрении через обращение к социальным нарушениям выступает тот факт, что феноменологическое и индивидуалистическое описание расходится с принятыми критериями заболевания. Попытка объяснить шизофрению с учетом происходящей при расстройстве социальной дисфункции – это альтернативный путь описания, который лучше согласуется с его конвенционально принятыми критериями. Необходимость объяснить социальные нарушения отчасти вызвана неопределенностью этого заболевания: «поскольку невозможно найти патогенный характер шизофрении в клинических паттернах (критерий А [в DSM]), легитимным будет вопрос, не является ли базовой психопатологической характеристикой шизофрении критерий В (то есть социальные нарушения). Определенная форма нарушения социальной жизни – это

³¹⁶ См. Подробнее Lysaker P., Lysaker J. Schizophrenia and Alterations in Self-experience: A Comparison of 6 Perspectives // *Schizophrenia Bulletin*, 2008. P. 331-340.

³¹⁷ Stanghellini G. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2004. P. 149.

³¹⁸ Ibid.

³¹⁹ Parnas J., Sass. L. A. Self, Solipsism, and Schizophrenic Delusions // *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2001. No. 8 (2/3). P. 101-120. P. 101.

то, что придает характер шизофрении некоторым психотическим картинам»³²⁰.

Шизофрения в данной концепции является особым образом понятым «расстройством здравого смысла»³²¹. «Здравый смысл» понимается как единство двух аспектов. Один из них заключается в том, что «здравый смысл» обеспечивает основу для единства самосознания. Это единство создает, согласно данной концепции, основу для чувства непосредственного переживания «Я» отдельно от внешнего мира. При шизофрении происходит нарушение этого единства. Другой аспект «здравого смысла» - это наличие совместной «настроенности» (attunement), включенности в общий мир. Нарушение этого аспекта «здравого смысла» заключается в «сложности разделять с другими аксиомы повседневной жизни»³²²: шизофреника характеризует отсутствие имплицитного понимания того фона скрытого знания, который разделяется определенной социальной группой, и, вследствие этого, нарушение способности приспосабливаться к миру, с которым он сталкивается в каждодневном опыте. Вопрос о встроенности в социальный мир оперирует понятием интерсубъективности, и задача объяснения социальных нарушений при психопатологии является, по сути, задачей прояснения нарушений интерсубъективности. Выбранная модель предполагает объяснение нарушения «настройки» и существования в интерсубъективной реальности через обращение к внутреннему миру пациента. Стангеллини и Баллерини, оценивая объяснительные возможности выбранной модели, придерживаются постулата, что «в феноменологической перспективе социальный мир –

³²⁰ Stanghellini G., Ballerini M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia. P. 102.

³²¹ Stanghellini G. Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense. P. 10.

³²² Ibid.

это продукт индивидуального сознания, то есть социальное измерение находится в самом сознании каждого индивида»³²³. Таким образом, предпосылкой для таких исследований становится тезис о том, что нарушения интерсубъективности могут быть объяснены при помощи обращения к индивидуальному опыту.

Феноменология «здорового смысла» отчасти исходит из чисто индивидуальных явлений (ощущение «Я», отдельного от мира), однако нельзя сказать, что она полностью сводится к ним. Выделяя два аспекта «здорового смысла», Стангеллини не утверждает, что «социальный» аспект полностью определяется «перцептивным»; напротив, он говорит об их взаимозависимости и рядоположенности. Однако, как было указано, основным ресурсом описания интерсубъективности также является обращение к внутреннему опыту пациента. Это обращение, в частности, позволяет увидеть, что в индивидуальном опыте шизофреника возникает ощущение «чуждости» по отношению к социальному миру. Для иллюстрации этого чувства приводятся цитаты из отчетов пациентов: «Я наблюдала за моими кузинами, чтобы увидеть, когда наступает правильный момент, чтобы засмеяться, и увидеть, как им удастся действовать без необходимости вначале обдумать действия», «Я потерял суть социальной жизни; я провожу все дни в парках, наблюдая, как люди взаимодействуют друг с другом»³²⁴.

Таким образом, получается, что два аспекта «здорового смысла» тесным образом связаны. Синтез ощущений и единство Я дает основу для осознания идентичности, что необходимо для существования в социальном мире, разделяемом с другими. Соответственно, шизофреническая «дис-социальность» в данной концепции объясняется

³²³ Stanghellini G., Ballerini M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia. P. 104.

³²⁴ Ibid.

нарушением дорефлексивного единства личности, отождествляемого с особым образом понятым «здравым смыслом». С одной стороны, психически больной переживает кризис чувства Я, с другой – отсутствие дорефлексивной приспособленности к другим людям. Следствием этого является социальная изоляция.

Однако, поскольку основой для разрушения интерсубъективности является все-таки нарушение единства Я и способности синтеза ощущений, следует подробно рассмотреть, на чем базируется этот постулат. Для поддержки этого тезиса используется концепция *disordered ipseity*, *ipseity-disturbance model (IDM)*, сформулированная, в первую очередь, в работах Сасса и Парнаса³²⁵ и называемая также иногда «неофеноменологической»³²⁶.

В IDM термин *ipseity* (или же *minimal self*³²⁷) заимствуется у М. Анри³²⁸ и отсылает к «дорефлексивному самосознанию» (*pre-reflective self-awareness*), «дорефлексивной модальности самосознания»³²⁹, субъективности (*mineness*) и перспективе первого лица, которые характеризуют любой опыт»³³⁰. Важно разграничить этот феномен от других понятий. Во-первых, *ipseity* не отсылает к самим содержаниям опыта. Это, напротив, «присутствие, данность мне, принадлежность

³²⁵ Sass L., Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self // *Schizophrenia Bulletin*. 2003. No 29. P. 427–444; Sass L., Parnas J. Explaining schizophrenia: The relevance of phenomenology // *Reconceiving schizophrenia*. Ed. M. C. Chung, K. W. M. Fulford, G. Graham. Oxford, New York: Oxford University Press. P. 63-95.

³²⁶ Mishara A. Missing links in phenomenological clinical neuroscience: Why we still are not there yet // *Current Opinion in Psychiatry*. 2007. No 20. P. 559–569.

³²⁷ Zahavi D. *Subjectivity and selfhood: Investigating the first-person perspective*. Cambridge MA: MIT Press, 2005.

³²⁸ Henry M. *The essence of manifestation*. The Hague: Martinus Nijhoff, 1963.

³²⁹ Stanghellini G. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. P. 151.

³³⁰ Sass L., Parnas J., Zahavi D. *Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings* // *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2011. No. 18 (1). P. 1-23. P. 9.

опыта мне»³³¹, то есть факт переживаемости и ощущения опыта как собственного. С другой стороны, этот термин не соотносится с реальностью, осознаваемой с помощью интроспекции, поскольку он описывает принципиально неявное, неоощуемое, принимаемое как само собой разумеющееся ощущение себя, «чувство непосредственного знакомства с собой»³³². Этот феномен базируется на сенсорном «контакте с собой». Такое ощущение выступает «фоном любого опыта, нулевой точкой нашей представленности себе и миру»³³³, «невидимой точкой основания опыта, мысли и действия»³³⁴ (здесь проводится отсылка к Мерло-Понти, рассматривающему в своем философском проекте подобную дорефлексивную данность нам мира «как некое неустранимое присутствие»³³⁵). Поэтому феномен *ipseity* не имеет ничего общего ни с когнитивными процессами, ни с рефлексией. Рефлексия предполагает осознание (*awareness*) опыта и возможность его осмысления, феномен же *ipseity* принципиально отсылает к некоторой реальности, которая существует до возможности рефлексии. Понятие *ipseity* предполагает, что мы «напрямую, не путем рассуждений ощущаем как наши собственные присутствующие в настоящий момент мысли, ощущения, чувства»³³⁶. С позиции *ipseity-disturbance model*, в нормальном состоянии существует некоторый баланс между дорефлексивным опытом и рефлексивностью: существует нечто, данное имплицитно, «нулевая точка» и «фон» любого опыта; то, что является предметом нашего ментального рассмотрения, находится уже на другом уровне Я.

³³¹ Ibid.

³³² Stanghellini G. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. P. 151.

³³³ Ibid. P. 151.

³³⁴ Sass L. A. *Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis* // *Schizophrenia Research*. 2013. Forthcoming.

³³⁵ Мерло-Понти М. *Феноменология восприятия*. С. 5.

³³⁶ Parnas J., Sass. L. A. *Self, Solipsism, and Schizophrenic Delusions*. P. 104.

Концепт *ipseity* используется в *ipseity-disturbance model* для описания патологических изменений, происходящих при шизофрении. Для конкретизации этих изменений вводятся два дополнительных понятия: гиперрефлексивность (*hyperreflexivity*) и сниженная самопривязанность (*self-affection*). Снижение *self-affection* проявляется в пониженном ощущении «жизненного отношения к миру с позиции первого лица»³³⁷. Человек теряет чувство включенности и вовлеченности в мир, ощущение непосредственного присутствия. Снижается и способность человека выступать активным агентом какой-либо деятельности, что является следствием утраты ощущения причастности переживаемого опыта «Я», его принадлежности себе. Феномен *hyperreflexivity* описывает состояние, при котором то, что относится к неререфлексируемому и до-опытному, становится предметом явного осознания. Это гиперболизированная «способность Я распасться на субъект и объект опыта»³³⁸. То, что безусловно принадлежит собственному опыту человека, начинает объективироваться, восприниматься как нечто внешнее. Человек начинает обращать повышенное внимание на телесные ощущения, подвергать рефлексии внутреннюю речь или процесс совершения определенных мыслительных ходов. Поскольку данный подход предполагает четкое разграничение между «эксплицитной, или объективирующей интенциональностью и не-рефлексивной, неявной чувственностью, конституирующей наше первичное присутствие в мире»³³⁹, явное осознание того, что в «нормальном» состоянии усваивается имплицитно, выступает предпосылкой расстройства.

³³⁷ Sass L., Parnas J., Zahavi D. *Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings*. P. 7.

³³⁸ Stanghellini G. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. P. 152.

³³⁹ Parnas J., Sass. L. *A Self, Solipsism, and Schizophrenic Delusions*. P. 105.

Какое значение для данной концепции имеют феномен *disordered ipseity* как объяснительный принцип? В рассматриваемой нами модели объясняется феномен «дис-социальности», то есть разрушения способности действовать в соответствии с имплицитно принятыми правилами, неспособности следовать ситуативной уместности. В этом смысле используемая модель объяснения также должна явно отсылать к неререфлексивному уровню. Согласно данной концепции, шизофреники, теряя способность до-сознательной встроенности в мир (которая базируется на *disordered ipseity*), начинают подвергаться все чрезмерной рефлексии (*hyperreflexivity*). В итоге они становятся своего рода «наивными этологами или наивными психологами, чтобы преодолеть свою оторванность от человеческого мира»³⁴⁰.

В итоге фокус рассмотрения переносится на понятие дорефлексивного единства личности. Таким образом, концептуализация шизофрении в качестве расстройства «дис-социальности», «встроенности» в интерсубъективный мир предполагает такое понимание субъективности, которое позволяет выделять дорефлексивный уровень Я (*self*) и оперировать происходящими на этом уровне изменениями. «Есть не только различные (и конкурирующие) представления о *self* в философии, но и различные уровни *selfhood*, выявляемые психопатологией. Аномалии, происходящие при шизофрении, выявляют самый глубокий уровень само-сознания, дорефлексивный (*self* как неявное измерение неререфлексивной данности первого лица»)³⁴¹.

Однако здесь делается довольно сильный вывод, который, возможно, не прописан эксплицитно в рамках самой концепции.

³⁴⁰ Ibid. 115.

³⁴¹ Stanghellini G. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. P. 23.

Шизофрения понимается через нарушение социальности, однако – в противоположность многим другим теориям³⁴², артикулирующим социальную природу психической болезни – социальность понимается как способность встраиваться в интерсубъективный мир. Эта же способность, в свою очередь, объясняется благодаря наличию дорефлексивного опыта, который выступает основой возможности нашего существования в мире. Таким образом, в конечном счете, предпосылкой объяснения расстройства выступает принятие определенной модели субъекта, которое влечет за собой определенные последствия для теории.

Прежде всего, само принятие постулата о существовании отдельного уровня *ipseity*, или *minimal self*, предполагает многоуровневую структуру «Я». В рамках *ipseity-disturbance model* таких уровня выделяется два: помимо упомянутого *minimal self*, предполагается наличие *narrative self*, то есть инстанции, отсылающей к таким характеристикам как идентичность, привычки, персональная история³⁴³. На этом уровне происходит рефлексия по поводу содержаний опыта; также этот уровень предполагает социальное измерение. Таким образом, первый, достаточно сильный тезис, вытекающий из принятия постулата о расстройстве *ipseity* как ключевой характеристике шизофрении, заключается в распадении *self* на два уровня.

Второй вопрос касается взаимосвязи этих уровней и того, в какой степени можно утверждать, что один из них предшествует другому.

³⁴² Например, в качестве таких моделей можно выделить бихевиоризм, функционализм, символический интеракционизм. См. Stanghellini G., Ballerini M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia. P. 103.

³⁴³ Nelson B., Parnas J., Sass L. A. Disturbance of Minimal Self (Ipseity) in Schizophrenia: Clarification and Current Status. *Schizophrenia Bulletin*. 2014. Forthcoming.

Вопрос в данных исследованиях ставится не о принципиальном предшествовании одного уровня другому, но о том, что является первичным в случае шизофрении. Согласно Л. Сассу и Дж. Парнасу³⁴⁴, нарушения ipseity наблюдаются еще на продромальной фазе (то есть в тот период, когда симптомы шизофрении еще незаметны), что «усиливает статус расстройств minimal self в качестве первичного патогенного фактора шизофрении»³⁴⁵. Стоит зафиксировать, что исследования нарушений происходящих при шизофрении приводят к утверждению о том, что нарушения, происходящие на уровне до-рефлексивного Я первичны и влекут за собой в дальнейшем изменения на других уровнях. Данное суждение представляется довольно спорным хотя бы потому, что появление определенных нарушений на ранней стадии заболевания не означает каузальности, однако тезис о прямой зависимости высказывается в данной работе как гипотеза.

Этот тезис значим потому, что он соотносится с дискуссиями о природе self и в частности уровня ipseity, которые не имеют отношения к психопатологии. В частности, в статье, посвященной различным взглядам на природу до-рефлексивного Я³⁴⁶, такое суждение выступает поддержкой положений автора. Д. Легранд ставит вопрос, не имеющий отношения к шизофреническим нарушениям, - вопрос о том, в каком статусе находится до-рефлексивное Я, является ли оно в первую очередь субъектом или объектом нашего опыта. Рассматриваются две перспективы, согласно одной из которых такой опыт впервые распознается сознанием как объект (по аналогии с зеркалом, в котором человек распознает свое изображение), а согласно другой – до-

³⁴⁴ Sass L., Parnas J. Schizophrenia, consciousness and the self. *Schizophrenia Bulletin*. 2003. No 29. P. 427–444.

³⁴⁵ Akroyd M. *Op. cit.* P. 242.

³⁴⁶ Legrand D. Pre-reflective self-as-subject from experiential and empirical perspectives // *Consciousness and Cognition*. 2007. No. 16. P. 583–599.

рефлексивное Я, напротив, предшествует сознательному опыту, выступая его предпосылкой и составной частью. Вторая концепция предполагает до-рефлексивное self-as-subject, существующее не в качестве объекта наблюдения и рефлексии, но в качестве конститутивной черты активно переживаемого опыта. Первая концепция в качестве доказательств отсылает к данным нейронаук, а вторая использует «не эмпирический, но опытный»³⁴⁷ (то есть, по сути, феноменологический) способ обоснования. Идея о том, что в случае шизофрении нарушения, происходящие на дорефлексивном уровне, первичны, а нарушения на других уровнях (в частности, на социальном) возникают при развитии заболевания, служит косвенным подтверждением идее о первичности и субъективности до-рефлексивного Я.

Кроме того, принятие данной логики приводит к особому пониманию социальности. Изначальная задача рассматриваемой концепции заключалась в том, описать нарушения социального функционирования при психическом расстройстве как отсутствие способности спонтанно участвовать в социальной жизни, имплицитно следуя правилам и установкам, разделяемым другими людьми. Однако таким образом было переопределено понимание нормального социального функционирования. Во-первых, для подобного рассуждения было необходимо принять постулат о том, что социальность базируется на некой «встроенности» в интерсубъективный мир, способность неявным образом распознавать его закономерности и следовать им. Во-вторых, в рассматриваемой концепции встроенность в социальный мир базировалась на до-рефлексивном чувстве Я, которое

³⁴⁷ Ibid. P. 588.

приобретало конститутивное значение для конструирования социальности.

Такое «понимание спектра шизофренических расстройств играет заметную роль в дискуссии о вкладе клинической феноменологии в лучшее определение философских концептов Я (self) и субъективности (subjectivity)»³⁴⁸, как утверждает Стангеллини. Однако представляется, что в действительности речь идет не столько о «лучшем» определении этих понятий, сколько о взаимозависимости той или иной концептуализации расстройства и более широких вопросов. Шизофрения достаточно сложна для однозначного осмысления, о чем говорилось выше; то или иное понимание расстройства будет предполагать акцент на его отдельных характеристиках. Кроме того, каждая объяснительная схема будет использовать концептуальную модель, в которой будут приняты определенные предпосылки (в рассмотренном случае это утверждение о наличии нескольких уровней Я, зависимость нарративного Я от дорефлексивного и понимание социальности как «встроенности» в intersубъективный мир). При использовании такой модели для объяснения патологических феноменов, теоретические положения наполняются содержанием.

4.3 Исследования психопатологии: механизмы воздействия на философские дискуссии

В рассмотренных выше примерах мы можем наблюдать ситуацию дисциплинарного взаимодействия, отличную от той, что была рассмотрена во второй главе. Различие обусловлено не сущностью анализируемых исследований: и в том, и в другом случае разбираются примеры, которые согласно предложенной в первой главе типологии

³⁴⁸ Stanghellini G. Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense. P. 9.

относятся к направлению, посвященному анализу «собственной реальности психической болезни», а не к терминологии или методологии психиатрической науки. Однако если в предыдущей главе фокус рассмотрения был направлен на то, как философская мысль может воздействовать на базовые установки, принятые в психиатрии, и в отдельных случаях модифицировать их, то целью этой главы было, напротив, показать, что в ходе исследований в сфере «философии психиатрии» происходит – и принципиально может происходить – определенный вклад в философские дискуссии. Соответственно, примеры конкретных исследований были выбраны таким образом, чтобы их рассмотрение позволило продемонстрировать заявленный феномен.

Стоит отметить, что воздействие, которое оказывают исследования в «пограничной сфере» на философию, принципиально отличается от воздействия на психиатрию тем, что в данном случае влияние происходит *неявным* образом. Исследования в сфере «философии психиатрии» ставят своей эксплицитной целью объяснение патологических феноменов, а не переопределение спорных теоретических вопросов. Задача объяснять нормальное с помощью обращения к ненормальному была характерна скорее для чисто философских проектов, для которых обращение к области безумия носило эвристический и даже метафорический, иллюстративный характер. Можно вспомнить высказанную Ницше идею «рассматривать с точки зрения больного более здоровые понятия и ценности»³⁴⁹, по-новому смотреть на привычные вопросы, обращаясь к пределам мысли. Однако такой проект не предполагал действительного обращения к клиническим случаям и подробной концептуализации того или иного

³⁴⁹ Ницше Ф. *Ессе homo*. М.: Книгоиздательство «Заря», 1911. С. 12.

расстройства. Современные исследования диссоциативного расстройства идентичности, шизофрении или других расстройств, напротив, явно предполагают создание работающей концептуализации, которая позволит непротиворечиво схватить черты того или иного расстройства, но не поднимают вопрос о возможности влияния таких концептуализаций на саму философскую мысль.

Однако, несмотря на отсутствие эксплицитной задачи, такое воздействие может осуществляться, причем двояким образом. Применение уже существующих концепций, оперирующих такими базовыми понятиями как «субъект» или «личность», к случаям психопатологии позволяет увидеть границы применимости этих моделей, а также очертить те области, которые они не могут описать (как это происходит в случае физиологического критерия «моральной личности» или организмического понимания «метафизической личности»). Указание на границы применимости концептов и на спорные моменты, которые возникают при попытке объяснить с их помощью неоднозначные случаи, - это результат, выходящий за рамки непосредственной проблематики изучения психического расстройства. Кроме того, интересный материал предоставляют концепции, созданные явным образом так, чтобы они позволяли описывать феномены, характерные для какого-либо психического расстройства. В данной главе были рассмотрены концепции *fictive-selves* Деннета, позволяющая концептуализировать феномен множественной личности, и модель диссоциальности Стангеллини и Баллерини, объясняющей нарушения, происходящие при шизофрении. В каждой из этих моделей делаются довольно сильные утверждения, касающиеся природы личности, Я, социальности. Эти суждения, однако, постулируются в качестве положений, которые будут в равной степени применимы к здоровому

человеку (например, тезис Деннета о выборе между различными моделями Я или положение Сасса и Парнаса о наличие двух уровней Я – до-рефлексивного и нарративного). Соответственно, в данном случае значение таких концептуализаций будет заключаться в создании «альтернативных» моделей описания общих концептов, таких как «Я» или «личность».

Надо сказать, что описанные выше модели, не производят революции в понимании субъективности. Если сравнивать их с философскими концепциями начала и середины XX века, в которых концептуализировалось безумие (например, Ясперса, Бинсвангера, Лэйнга или Делёза и Гваттари), то видно, что положения, касающиеся природы субъекта, которые делаются в современных исследованиях «философии психиатрии», гораздо более осторожны. Отчасти это, возможно, объясняется тем, что представители «философии психиатрии» не стремятся создать модель, *альтернативную* существующей в психиатрической науке. Концептуализация психической болезни – это задача, которая решается с учетом представлений, принятых в психиатрии, что, безусловно, ограничивает возможности влияния на дискуссии, посвященные философским вопросам.

Как можно в итоге оценить ту роль, которую играют в философском поле подобные исследования? Представляется, что в случае воздействия исследований психопатологии на философию невозможен пересмотр отдельных положений (как это происходило в психиатрии) – хотя бы в силу того, что в философии в принципе гораздо труднее зафиксировать некий набор кодифицированных установок. Другое дело, что возможно аргументированное *подкрепление* той или иной позиции. Рассмотрение случаев психической патологии

предоставляет фактический клинический материал, который представляет своего рода «вызов» для любой концепции субъекта, претендующей на полноту. Неприменимость той или иной концепции к этому материалу или противоречивость, возникающая при попытках его объяснения, может служить критическим аргументом против нее. И наоборот, создание новой концептуализации, учитывающей патологические случаи, может стать альтернативной моделью концептуализации субъективности.

Возникает вопрос, можно ли в таком случае говорить о действительном взаимодействии между дисциплинами. Мы можем зафиксировать воздействие исследований в сфере «философии психиатрии» на философию, но, по сути, влияние оказывает модель *философской концептуализации* того или иного заболевания. Получается, что напрямую исследование не выходит за рамки собственно философии. Однако все же можно указать на различие между исследованиями «философии психиатрии» и упомянутыми выше исключительно философскими моделями (для которых обращение к сфере психопатологии носит чисто иллюстративный характер). В «философии психиатрии» концептуализация заболевания не просто использует психическое расстройство в качестве иллюстративного материала – задача заключается в том, чтобы объяснить происходящие во время болезни явления, причем так, чтобы эта концептуализация в целом могла бы быть совместимой с психиатрическими представлениями³⁵⁰. Поэтому так или иначе психиатрическое знание также оказывает воздействие на философскую рефлексию – в той

³⁵⁰ Разумеется, многие из моделей концептуализации психической болезни в «философии психиатрии» критичны по отношению к наличному психиатрическому знанию; однако эта критичность в то же время не является отрицанием; критика направлена на трансформацию имеющегося знания, поэтому присутствует требование наличия хотя бы приблизительно общего поля, в котором происходит философское и психиатрическое осмысление болезни.

степени, в которой оно задает рамки возможного осмысления болезни и проблемные направления. В этом смысле примечателен пример Стангеллини, который обращается к социальному измерению шизофрении по той причине, что критерий, связанный с социальной дисфункцией, предложенный в «Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств» содержит меньше неясностей, нежели критерий, описывающий собственно патологические процессы в организме. Таким образом, философская интерпретация (и последующий эффект от такой интерпретации для более широких философских дискуссий) встраивается в общий контекст исследований психической болезни, и в этом смысле роль психиатрии для философских вопросов оказывается все-таки значимой.

Заключение

«Философия психиатрии» - многогранное и интересное для анализа явление, принадлежащее научной жизни последних трех десятилетий. Исследования в этой сфере движимы амбициозной целью – использовать философские средства для объяснения психической болезни. В настоящем исследовании было показано, что междисциплинарная форма организации научных взаимодействий – значимая особенность данной сферы. В ходе исследования на материале конкретных исследований была продемонстрирована возможность создания новой для каждой из дисциплин знания, обладающего «значимостью за пределами контекста одного поля специализации»³⁵¹, а также модификации их отдельных положений, которая при этом отвечала исходным потребностям взаимодействующих дисциплин.

В данной работе рассматривалось взаимодействие и взаимовлияние двух дисциплин – философии и психиатрии. В ходе исследования были выявлены разные модели дисциплинарного взаимодействия, которые реализуются в этой области. Различие в механизмах взаимодействия и влияния дисциплин друг на друга обусловлено тем фактом, что психическая болезнь – сфера, объяснение которой традиционно закреплено за медициной, в частности за психиатрией. Поэтому исследования в данной сфере оперируют уже имеющимися понятиями, классификациями и установками психиатрической науки. Философия создает новые концептуализации расстройств, которые уже включены в понятийный аппарат психиатрии.

Такая работа значима для психиатрии и отчасти переопределяет ее установки и методологию. Для философского анализа выбираются те области, которые в традиционном понимании упоминаются в качестве

³⁵¹ Huutoniemi K., Klein J. T., Bruun H., Hukkinen J. Op. cit. P. 83.

характеристик психического заболевания, но, тем не менее, недоступны интерпретации и осмыслению. Задача философии в этом случае состоит в том, чтобы найти пути осмысленного толкования этих феноменов или хотя бы продемонстрировать возможность таких путей. В ходе такой работы отдельные положения науки могут быть подвергнуты критике, пересмотру или уточнению.

С другой стороны, в ходе такой работы воздействию подвергается и сам философский аппарат. Применение отдельных философских концепций, оперирующих такими базовыми понятиями как «субъект» или «личность», к клиническому материалу, позволяет по-иному взглянуть на сами эти концепции, увидеть границы применимости этих моделей, а также очертить те области, которые они не могут описать. Кроме того, сама задача концептуализации психического расстройства может выступать стимулом для создания или усовершенствования философской модели таким образом, чтобы описывать расстройство. Кроме того, результаты исследования случаев психической патологии используются в качестве аргументированного подкрепления той или иной позиции в теоретической дискуссии, предмет которой выходит за рамки непосредственной задачи описания психической болезни.

Эти выводы не могут считаться окончательными. Поле «философии психиатрии» - не исторический феномен, но область исследований, работа в которой происходит в настоящий момент. Данная работа проясняет некоторые аспекты дисциплинарного взаимодействия, происходящего в этой сфере, а также показывает некоторые результаты этого взаимодействия, значимые для обеих сфер. Дальнейшее изучение особенностей междисциплинарного взаимодействия, а также другие специфические черты данной области,

равно как и оценка значения результатов работы в сфере «философии психиатрии» - дело будущих исследований.

Библиография

1. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. М.: Прогресс-Культура, 1995.
2. Бейтсон Г. Экология разума. Избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии. М.: Смысл, 2000.
3. Бинсвангер Л. Аналитика существования Хайдеггера и ее значение для психиатрии // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М.: «КСП+ », СПб.: «Ювента», 1999.
4. Блейлер Э. Аутистическое мышление. Одесса: Полиграф, 1927.
5. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Т. 1. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.
6. Вальденфельс Б. Ключевая роль тела в феноменологии Мориса Мерло-Понти // Мерло-Понти М. Видимое и невидимое. Минск: Логвинов, 2006.
7. Власова О. А. Рональд Лэйнг. Между философией и психиатрией. М.: Издательство Института Гайдара, 2012.
8. Власова О. А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ. История, мыслители, проблемы. М.: Издательский дом «Территория будущего», 2010.
9. Галисон П. Зона обмена: координация убеждений и действий // Вопросы истории естествознания и техники. 2004. № 1. С. 64–91.
10. Гаррабе Ж. История шизофрении. М., СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский Психоневрологический Институт им. В. М. Бехтерева, 1999.
11. Гуссерль Э. Картезианские размышления. СПб.: Наука, 2006.
12. Декарт Р. Размышления о первой философии. СПб.: Абрис-книга, 1995.

13. Делёз Ж., Гваттари Ф. Анти-Эдип: Капитализм и шизофрения. Екатеринбург: У-Фактория, 2007.
14. Делёз Ж., Гваттари Ф. Тысяча плато: Капитализм и шизофрения. Екатеринбург: У-Фактория, 2010.
15. Деннет Д. Условия присутствия личности // Логос. 2003. №2. С. 135-153.
16. Дильтей В. Введение в науки о духе // Собрание сочинений в 6 тт. Т. 1: Введение в науки о духе. М.: Дом интеллектуальной книги, 2000. С.270-730.
17. Дильтей В. Описательная психология. СПб.: Алетейя, 1996.
18. Каннабих Ю. В. История психиатрии. М.: Академический проект, 2012.
19. Касавин И. Т. Междисциплинарное исследование: к понятию и типологии // Вопросы философии. 2010. №4. С. 61–73.
20. Касавин И.Т. Междисциплинарные исследования в контексте рефлексии и габитуса // Междисциплинарность в науках и философии. М.: ИФ РАН, 2010. С. 15-35.
21. Косилова Е. В. Культурологический анализ научной парадигмы в психиатрии на примере антипсихиатрии и философии Р. Лэйнга. Диссертация на соискание ученой степени кандидата философских наук. М., 2002.
22. Косилова Е. В. Психиатрия: опыт философского анализа. М.: Проспект, 2014.
23. Лэйнг Р.Д. Феноменология переживания // Лэйнг Р.Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Львов: Инициатива, 2005. С. 21-158.
24. Локк Дж. Опыт о человеческом разумении // Локк Дж. Сочинения в 3-х т. М.: Мысль, 1985.

25. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. СПб.: Ювента; Наука, 1999.
26. Молчанов В. И. Время и сознание. Критика феноменологической философии. Монография. М.: Высшая школа, 1998.
27. Ницше Ф. Эссе homo. М.: Книгоиздательство «Заря», 1911.
28. Портер Р. Взгляд пациента. История медицины «снизу» // Болезнь и здоровье. Новые подходы к истории медицины. СПб: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, Алетейя, 2008. С. 41-73.
29. Порус В. Н. «Междисциплинарность» как тема философии науки // Эпистемология и философия науки. 2013. № 4. С. 5-13.
30. Порус В. Н. От «междисциплинарности» к «трансдисциплинарности»: мосты между философией науки и философией культуры. В печати.
31. Порус В. Н. Перекрестки методов (опыты междисциплинарности в философии культуры). М.: «Канон +» РООИ «Реабилитация», 2013.
32. Руткевич А. М. От Фрейда к Хайдеггеру. М.: Политиздат, 1985.
33. Руткевич А. М. «Понимающая психология» К. Ясперса // История философии. Вып. 1. М.: ИФ РАН, 1997. С. 23-32.
34. Сартр Ж.-П. Бытие и ничто. М.: «Республика», 2000.
35. Сокулер З. А. Философия, психиатрия и понимание субъективности // Косилова Е. В. Психиатрия: опыт философского анализа. М.: Проспект, 2014. С. 5-8.
36. Тагард П. Междисциплинарность: торговые зоны в когнитивной науке // Логос. 2014. №1. С. 35-60.
37. Ткаченко А. А. Карл Ясперс и феноменологический поворот в психиатрии // Логос. 1992. № 3. С. 136-145.

38. Федорова О. В. А и Б сидели на трубе, или Междисциплинарность когнитивных исследований // Логос. 2014. №1. С. 19-34.
39. Философия и психопатология: научное наследие Карла Ясперса / Под ред. В. И. Жукова. М.: Изд-во РГСУ, 2006.
40. Фрейд З. Психоаналитические заметки об одном автобиографическом описании случая паранойи // Фрейд З. Знаменитые случаи из практики. М.: Когито-Центр, 2007.
41. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997.
42. Фуко М. Психическая болезнь и личность. СПб.: ИЦ «Гуманитарная Академия», 2009.
43. Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.
44. Хайдеггер М. Цолликоновские семинары. Вильнюс: ЕГУ, 2012.
45. Цицерон. Тускуланские беседы. Книга III. Об утешении в горе // Избранные сочинения. М., «Художественная литература», 1975.
46. Юнг К. Г. Работы по психиатрии. СПб.: Гуманитарное агентство «Академический проект», 2000.
47. Ясперс К. Каузальные и «понятные» связи между жизненной ситуацией и психозом при dementia praecox (шизофрении) // Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. М., 1996.
48. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997.
49. Ясперс К. Стриндберг и Ван Гог. Опыт сравнительного патографического анализа с привлечением случаев Сведенборга и Гельдерлина. СПб: "Академический проект", 1999.
50. Ясперс К. Феноменологическое направление исследований в психопатологии // Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии. М: Академия, Белый кролик, 1996.
51. Akroyd M. J. You can't spell schizophrenia without an 'I': how does the Early Intervention in Psychosis aProach relate to the concept of

- schizophrenia as an ipseity disturbance? // *Early Intervention in Psychiatry*. 2013. No. 7 (3). P. 238-246.
52. Banner N., Thornton T. The new philosophy of psychiatry: its (recent) past, present and future: a review of the Oxford University Press series *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry* // *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2007. No. 2 (1). P. 9-23.
53. Berg E.M. *Clinical Practice: Between Explicit and Tacit Knowledge, Between Dialogue and Technique* // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2008. Vol. 15, No. 2. P. 151-157.
54. Berrios G. Delusions as 'wrong beliefs': A conceptual history // *British Journal of Psychiatry*. 1991. No. 14. P. 6-13.
55. Berrios G. E. Phenomenology and psychopathology: Was there ever a relationship? // *Comprehensive Psychiatry*. 1993. Vol. 34. No. 4. P. 213-220
56. Blackwell G. W. *Multidisciplinary Team Research* // *Social Forces*. 1955. No. 33. P. 367-374.
57. Bogue R. *Deleuze and Guattari*. London: Routledge, 1989.
58. Boorse C. On the Distinction between Disease and Illness // *Philosophy & Public Affairs*. 1975. No. 1. P. 49-68.
59. Boss M. *Existential basis of medicine and psychology*. NY: Jason Aronson, 1983.
60. Braude S. E. *First Person Plural: Multiple Personality and the Philosophy of Mind*. London: Routledge, 1991.
61. Braude S. Multiple Personality and Moral Responsibility // *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 1996. No. 3. P. 37-54.
62. Brendel D.H. Reductionism, Eclecticism, and Pragmatism in Psychiatry: The Dialectic of Clinical Explanation // *Journal of Medicine and Philosophy*. 2003. Vol. 28. No. 5–6. P. 563–580.

63. Brogna P., Caropo E. The body as a simulacrum of identity: the subjective experience in the eating disorders // *Ann Ist Super Sanità*. 2010. No. 4. P. 427-435.
64. Brown M. T. Multiple personality and multiple identity // *Philosophical Psychology*. 2011. No. 4. P. 435-447.
65. Campbell J. Rationality, Meaning, and the Analysis of Delusion // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2001. No. 2/3. P. 89-100.
66. Carman T. The Body in Husserl and Merleau-Ponty // *Philosophical topics*. 1999. No. 2. P. 205-226.
67. Cooper M. *The psychology of bulimia nervosa: a cognitive perspective*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2003.
68. Davies M., Coltheart M., Langdon R., Breen N. Monothematic Delusions: Towards a Two-Factor Account // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2001. No. 2/3. P. 133-159.
69. Dennett D. *Consciousness Explained*. Boston: Little, Brown, and Company, 1991.
70. *Empirical Ethics in Psychiatry* / Ed. by G. Widdershoven, J. McMillan, T. Hope, and L. van der Scheer. Oxford, New York: Oxford University Press, 2008.
71. Flanagan, O. Multiple Identity, Character Transformation, and Self-Reclamation // *Philosophical Psychopathology*. Ed by G. Graham and G. L. Stephens. Cambridge, MA.: The MIT Press, 1994.
72. Fuchs T. Corporealized and Disembodied Minds. A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, Volume 12, No 2, 2005. P. 95-107.
73. Fulford K.W.M. 'What is (mental) disease?': an open letter to Christopher Boorse // *Journal of Medical Ethics*. 2001. Vol. 27. No. 2. P. 80-85.

74. Fulford K.W.M., Morris K.J., Sadler J.Z., et al. Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychiatry // Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Ed. by Fulford K.W.M., Morris K.J., Sadler J.Z. et al. NY: OUP, 2003. P. 1-41.
75. Fulford K.W.M., Stanghellini G., Broome M. What can philosophy do for psychiatry? // World Psychiatry. 2004. No. 3. P. 130–135.
76. Fulford B., Thornton T., Graham G. Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry. Oxford, New York: Oxford University Press, 2006.
77. Gelder M, Harrison P, Cowen P. Shorter Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford, New York: Oxford University Press, 2006.
78. Giordano S. Anorexia and Refusal of Life-Saving Treatment: The Moral Place of Competence, Suffering, and the Family // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2010. No. 2. P. 143-154.
79. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. NY: Anchor Books, 1961.
80. Goffman E. Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings. N.Y.: The Free Press, 1963.
81. Gowers S. G. Treatment Aims and Philosophy in the Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa in Europe // European Eating Disorders Review. 2002. No. 10. P. 271-280.
82. Grix J. The foundations of research. New York: Palgrave Macmillan, 2004.
83. Graham G. Recent Work in Philosophical Psychopathology // American Philosophical Quarterly. 2002. No. 2 (39). P. 109-134.
84. Graham G. The Disordered Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Mental Illness. London: Routledge, 2013.
85. Gupta M. Is evidence-based psychiatry ethical? Oxford, New York: Oxford University Press, 2014

86. Hacking I. *Rewriting the Soul. Multiple Personality and the Sciences of Memory*. Princeton: Princeton University Press, 1995
87. Harris. A.P. *Wisdom of the Body: Embodied Knowing in Eco-Paganism*. University of Winchester, 2008.
88. Heinemaa M.L.A. On the grammar of 'psychosis' // *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2000. No. 3(1). P. 39–46.
89. Henry M. *The essence of manifestation*. The Hague: Martinus Nijhoff, 1963.
90. Horton P., Miller D. The Etiology of Multiple Personality // *Comparative Psychology*. 1972. No. 13. P. 151–159.
91. Hoffmann M. H. G., Schmidt J. C., Nersessian N. J. Philosophy of and as Interdisciplinarity // *Synthese*. 2013. Vol. 190. No. 11. P. 1857-1864.
92. Hofmann B. On the Triad Disease, Illness and Sickness // *Journal of Medicine and Philosophy*. 2002. No. 6. P. 651–673.
93. Hofmann B. The concept of disease – vague, complex, or just indefinable? // *Medical Health Care and Philosophy*. 2010. No. 13. P. 3–10.
94. Humphrey N., Dennett D. C. *Speaking for Our Selves* // Dennett D.C. *Brainchildren. Essays on Designing Minds*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1998. P. 31-58.
95. Huutoniemi K., Klein J. T., Bruun H., Hukkinen J. Analyzing interdisciplinarity: Typology and indicators // *Research Policy*. 2010. No. 39. P. 79–88.
96. Jablensky A., Kendell R. E. Criteria for assessing a classification in psychiatry // *Psychiatric diagnosis and classification*. Ed. by M. Maj, W. Gaebel, J. J. Lopez-Ibor, and N. Sartorius. Chichester: Wiley, 2002. P. 1-24.

97. Karlqvist A. Going beyond Disciplines: The Meanings of Interdisciplinarity // Policy Sciences. 1999. Vol. 32. No. 4, The Theory and Practice of Interdisciplinary Work. P. 379-383.
98. Kendell R. The concept of disease and its implications for psychiatry // British Journal of Psychiatry. 1975. No. 127. P. 305–315.
99. Kenny A. J. P. Mental health in Plato's Republic // Proceedings of the British Academy. 1969. Vol. 55. P. 229-253.
100. Klein J. T. Crossing Boundaries. Knowledge, Disciplinarity, and Interdisciplinarity. Charlottesville: University Press of Virginia, 1996.
101. Lacan J. The Psychoses 1955-1966. London & New York: W.W. Norton & Company, 1993.
102. Legrand D. Pre-reflective self-as-subject from experiential and empirical perspectives // Consciousness and Cognition. 2007. No. 16. P. 583–599.
103. Lysaker P., Lysaker J. Schizophrenia and Alterations in Self-experience: A Comparison of 6 Perspectives // Schizophrenia Bulletin, 2008. P. 331-340.
104. Lysaker P., Lysaker J. Schizophrenia and the Fate of the Self. Oxford, New York: Oxford University Press, 2008.
105. Many Voices: Human Values in Healthcare Ethics // Healthcare Ethics and Human Values. An Introductory Text with Reading and Case Studies. Ed. by K.W.M. Fulford, D.L. Dickenson and T.H. Murray. Oxford: Blackwell Publishers, Ltd, 2002. P. 1-21.
106. Marx O.M. German Romantic Psychiatry // History of Psychiatry and Medical Psychology. Ed. by E. R. Wallace and J. Gach. NY: Springer, 2008. P. 313-333.

107. Matthews E. *Body-subjects and disordered minds. Treating the whole person in psychiatry.* Oxford, New York: Oxford University Press, 2007.
108. Matthews S. *Establishing Personal Identity in Cases of DID // Philosophy, Psychiatry & Psychology.* 2003. No. 10 (2). P. 143-151
109. Meeth R. *Interdisciplinary Studies: A Matter of Definition // Change.* 1978. Vol. 10. No. 7. P. 10.
110. Mishara A. *Missing links in phenomenological clinical neuroscience: Why we still are not there yet // Current Opinion in Psychiatry.* 2007. No 20. P. 559–569.
111. Mol. A., Todkill A.M. *Medical metaphysics. The body multiple: ontology in medical practice // Canadian Medical Association Journal.* 2003. No. 169 (5). P. 450-451.
112. Morris K.J. *The phenomenology of body dismorphic disorder: a Sartrean analysis // Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry.* Ed. By Fulford K.W.M., Morris K.J., Sadler J.Z. et al. NY: OUP, 2003. P. 171-186.
113. Nelson B., Parnas J., Sass L. A. *Disturbance of Minimal Self (Ipseity) in Schizophrenia: Clarification and Current Status.* *Schizophrenia Bulletin.* 2014. Forthcoming.
114. Nordenfelt N. *The Stoic Conception of Mental Disorder: The Case of Cicero // Philosophy, Psychiatry, & Psychology.* No. 4(4). 1997. P. 285-291.
115. Owen G., Harland R. *Editor's Introduction: Theme Issue on Phenomenology and Psychiatry for the 21st Century. Taking Phenomenology Seriously // Schizophrenia Bulletin.* 2006. Vol. 33. No. 1. P. 105-107.
116. Parfit D. *Reasons and Persons.* Oxford: Clarendon Press, 1987.

117. Parnas J., Sass. L. A. Self, Solipsism, and Schizophrenic Delusions // *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2001. No. 8 (2/3). P. 101-120.
118. Petrie H. G. Do You See What I See? The Epistemology of Interdisciplinary Inquiry // *Educational Researcher*. 1976. Vol. 5. No. 2. P. 9-15.
119. *Phenomenology and psychiatry* / Ed. by A. J. J. de Koning, F. A. Jenner. London: Academic Press; New York: Grune & Stratton, 1982.
120. Phillips J. Madness of the Philosophers, Madness of the Clinic // *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2009. Vol. 16. No. 4. P. 313-317.
121. Phillips K. A., Mc Elroy S. L., Keck P. E., Harrison C. Body dismorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness // *American Journal of Psychiatry*. 1993. No. 150 (2). P. 302-308.
122. Piaget J. The epistemology of interdisciplinary relationships // *Interdisciplinarity: Problems of teaching and research in universities*. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 1972. P. 127-139.
123. Putnam F. W., Guroff J. J., Silberman E. K., Barban L., Post R. M. The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: A Review of One Hundred Recent Cases // *Journal of Clinical Psychiatry*. 1986. No. 47. P. 285–293.
124. Radden J. *Divided Minds and Successive Selves*. Cambridge, MA: MIT Press, 1996.
125. Ratcliffe M. *Feelings of Being: Phenomenology, Psychopathology and Taken-for-granted Reality*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2008.

126. Ratcliffe M. Phenomenology Is Not a Servant of Science // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2011. Vol. 18. No. 1. P. 33-36.
127. Richards R. J. Rhapsodies on a Cat-Piano, or Johann Christian Reil and the Foundations of Romantic Psychiatry // Critical Inquiry. 1998. Vol. 24. No. 3. P. 700-736.
128. Robinson D. Wild Beasts and Idle Humours: the insanity defense from antiquity to the present. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.
129. Roessler J. Understanding Delusions of Alien Control // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2001. No. 2/3. P. 177-187.
130. Rosenhan D. L. On Being Sane In Insane Places // Science. New Series. 1973. Vol. 179. No. 4070. P. 250-258.
131. Rubin E. What Has Neuroscience Done for Psychiatry Lately? (<http://www.psychologytoday.com/blog/demystifying-psychiatry/201108/what-has-neuroscience-done-psychiatry-lately>)
132. Sadler J.Z. Diagnosis/antidiagnosis // The philosophy of psychiatry. A companion. Ed. by J. Radden. Oxford, New York: Oxford University Press, 2004. P. 163-179.
133. Sadler J.Z. Vice and the Diagnostic Classification of Mental Disorders: A Philosophical Case Conference // Philosophy, Psychiatry, & Psychology. 2008. Vol. 15. No. 1. P. 1-17.
134. Sass L. A. Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis // Schizophrenia Research. 2013. Forthcoming.
135. Sass L.A. The Paradoxes of Delusion. NY: Cornell, 1994.
136. Sass L., Parnas J. Explaining schizophrenia: The relevance of phenomenology // Reconceiving schizophrenia. Ed. M. C. Chung, K.

- W. M. Fulford and G. Graham. Oxford, New York: Oxford University Press, 2007. P. 63-95.
137. Sass L., Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self // *Schizophrenia Bulletin*. 2003. No 29. P. 427–444.
 138. Sass L., Parnas J., Zahavi D. Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings // *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2011. No. 18. P. 1-23.
 139. Slovenko R. How criminal law has responded in multiple personality cases // *The Psychiatric Times*. 1991. No. 3. P. 22-26.
 140. Scheff T.Z. *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. N.Y.: Aldine De Gruyter, 1999.
 141. Schreber D.P. *Memoirs of my nervous illness*. New York: The New York Review of Books, 2000.
 142. Schreiber F. R. *Sybil*. Washington: Regnery Publishing, 1973.
 143. Simon B. *Mind and Madness in Classical Antiquity* // *History of Psychiatry and Medical Psychology*. Ed. by E. R. Wallace and J. Gach. NY: Springer, 2008. P. 175-197.
 144. Spiegelberg H. *Phenomenology in Psychology and Psychiatry. A Historical Introduction*. Evanston: Northwestern University Press, 1972.
 145. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
(<http://plato.stanford.edu/entries/psychiatry/>)
 146. Stanghellini G. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies: The Psychopathology of Common Sense*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2004.
 147. Stanghellini G., Ballerini M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia // *World Psychiatry*. 2002. Vol. 1. No 2. P. 102-106.

148. Stanghellini G., Ballerini M. What Is It like to Be a Person with Schizophrenia in the Social World? A First-Person Perspective Study on Schizophrenic Dissociality. Part 1: State of the Art // Psychopathology. 2011. No. 44. P. 172–182.
149. Stanghellini G., Castellini G., Brogna P., Ricca V. Identity and Eating Disorders (IDEA): A Questionnaire Evaluating Identity and Embodiment in Eating Disorder Patients // Psychopathology. 2012. No. 45. P. 147-158.
150. Stember M. Advancing the Social Sciences Through the Interdisciplinary Enterprise // The Social Science Journal. 1991. Vol. 28. No. 1. P. 1-14
151. Stempsey W. Emerging medical technologies and emerging conceptions of health // Theoretical Medicine and Bioethics. 2006. No. 27. P. 227–234.
152. Szasz Th. Insanity: The Idea and Its Consequences. New York: Wiley, 1990.
153. The philosophy of psychiatry. A companion / Ed. by J. Radden. Oxford, New York: Oxford University Press, 2004.
154. Taylor F. K. The Role of Phenomenology in Psychiatry // The British Journal of Psychiatry. 1967. Vol. 113. No. 500. P. 765-770.
155. Thornton T. Essential philosophy of psychiatry. Oxford, New York: Oxford University Press, 2007.
156. Townsend J.M. Cultural Conceptions and Mental Illness. A Comparison of Germany and America. Chicago & London: The University of Chicago Press, 1978.
157. Widdershoven G.A.M., Widdershoven-Heerding I. Understanding dementia: a hermeneutic perspective // Nature and narrative. An introduction to the new philosophy of psychiatry. Ed. by

K.W.M. Fulford, K. J. Morris, J. Z. Sadler et al. Oxford, New York:
Oxford University Press, 2003. P. 93-102.

158. Wilkes K. How Many Selves Make Me? / Human Beings. Ed. by
D. Cockburn. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. P. 235-
244.
159. Woods A. The Sublime Object of Psychiatry: Schizophrenia in
Clinical and Cultural Theory. Oxford, New York: Oxford University
Press, 2011.
160. Zahavi D. Subjectivity and selfhood: Investigating the first-
person perspective. Cambridge MA: MIT Press, 2005.